
DA UTI NEO PARA CASA: VIVÊNCIAS MATERNAS NA PRÉ-ALTA DO BEBÊ PREMATURO¹

Lívia Caetano da Silva Leão²
Larissa Ramos da Silva
Rita de Cássia Sobreira Lopes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO. A preparação para a alta do bebê prematuro, que precisou ficar internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) após o nascimento, é um processo complexo, permeado por diversos sentimentos e expectativas das mães. O objetivo do presente estudo foi investigar os sentimentos e as expectativas maternas no momento próximo à alta hospitalar de seus bebês nascidos prematuros. Participaram 42 mães, que responderam a uma entrevista estruturada quando o bebê estava a poucos dias de receber alta. Uma análise qualitativa revelou maior envolvimento das mães nos cuidados com o bebê em relação aos momentos anteriores da internação, sendo um período marcado por mais contato e proximidade entre a díade. Destaca-se a relevância do papel da equipe, incentivando esse envolvimento e sendo parte importante da transição para o cuidado materno. Esse momento também foi marcado por sentimentos diversos e contraditórios e pela expectativa materna de poder contar com a ajuda de outras pessoas da família nos cuidados em casa. Evidencia-se a importância de que a alta do bebê seja planejada desde o início da internação, considerando-se as especificidades emocionais de cada mãe.

Palavras-chave: Nascimento prematuro; alta do paciente; maternidade.

FROM NICU TO HOME: MATERNAL EXPERIENCES IN THE PRETERM BABY'S PRE- DISCHARGE

ABSTRACT. Preparing for the premature baby's discharge, which was hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) after birth, is a complex process, permeated by several maternal feelings and expectations. The objective of this study was to investigate maternal feelings and expectations in a moment near to their premature babies' hospital discharge. The participants were 42 mothers who answered a structured interview when the baby was about to be discharged. Qualitative analysis showed a greater maternal involvement in care for the baby when compared to previous moments of hospitalization, being that a moment of more closeness and proximity in the dyad. The role of hospital staff encouraging this involvement was highlighted, which was an important part of the transition to maternal care. This moment was also marked by various feelings and the maternal expectation of counting on the help from other relatives at home. It is important that baby's discharge is planned since the beginning of hospitalization, considering the emotional specificities of each mother.

Keywords: Premature birth; premature baby's discharge; motherhood.

DE LA UCI NEONATAL A LA CASA: VIVENCIAS MATERNALES ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA DEL BEBÉ PREMATURO

RESUMEN. La preparación para la descarga del bebé, que ha sido internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI Neo) después del nacimiento, es un proceso complejo, permeado por diferentes sentimientos y expectativas de las madres. El objetivo de este estudio fue investigar los sentimientos y expectativas maternas en el momento cerca de la descarga de sus bebés prematuros. Participaron 42 madres, que respondieron a una entrevista estructurada cuando el bebé estaba a unos pocos días de la descarga. Un análisis cualitativo reveló

¹ *Apoio e financiamento:* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

² *E-mail:* liviacsl@gmail.com

una mayor participación de las madres en el cuidado del bebé en relación con los períodos anteriores de hospitalización y un período marcado por un mayor contacto y acercamiento entre la díada. Se destaca la importancia del papel del equipo en el fomento de esta participación y una parte importante de la transición al cuidado de la madre. Este momento también estuvo marcado por sentimientos maternos diversos y contradictorios y la expectativa materna de contar con la ayuda de otras personas de la familia en el cuidado en domicilio. Evidenciase la importancia de que la descarga del bebé estea planeada desde el comienzo de la hospitalización, teniendo en cuenta las características emocionales de cada madre.

Palabras-clave: Nacimiento prematuro; alta del paciente; maternidad.

Introdução

O nascimento de um bebê prematuro é considerado uma experiência que repercute no desenvolvimento da criança e da família (Als, 2010; Boykova & Kenner, 2012). Esse bebê, frágil e imaturo fisiologicamente, precisará ser cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), espaço com pouca privacidade onde a equipe, pais e bebês convivem juntos, o que influencia especialmente as relações ali estabelecidas (Fegran & Helseth, 2009).

Pode-se pensar que a separação inesperada entre mãe e bebê, causada pelo parto prematuro, poderia ter impacto expressivo no desenvolvimento da relação mãe-bebê que vinha se formando. Para Winnicott (1966/2006), a integração é facilitada quando mãe e bebê estão prontos para continuarem uma parceria após o nascimento. No contexto da prematuridade, esse aspecto facilitador não estaria presente, visto que além da imaturidade fisiológica do bebê, ambos ainda não estariam prontos para uma parceria. Haveria, assim, a interrupção no processo de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1982) e a impossibilidade de que as trocas entre mãe e bebê, em termos de experiência de mutualidade aconteçam (Winnicott, 1963/1983). A preocupação materna primária, um estado de identificação materna com o bebê, permite o desabrochar da constituição do bebê e de suas tendências de desenvolvimento. O ego da mãe seria um facilitador na organização do ego do bebê, uma vez que um não existe sem o outro neste momento inicial da vida em que mãe e bebê estão em um estado de dependência mútua. Por isso, neste momento cabe pensar em mãe e bebê nem mesmo como uma díade, mas como um dois-em-um, sendo que as vivências maternas podem influenciar o desenvolvimento do bebê, que se dá no contexto da relação mãe-bebê.

Ademais, Winnicott (1968/2006) trata das comunicações silenciosas que ocorrem entre a mãe e o bebê, enfatizando, além da corporeidade, a afetividade que está implícita nessas trocas (Winnicott, 1963/1983). Essa comunicação ocorreria pelo movimento da respiração materna e do seu cheiro, das batidas do seu coração, do uso que o bebê faz do rosto da mãe, como o reflexo de si próprio. Tudo isso é sentido pelo bebê quando ele é embalado no colo da mãe, a qual adapta os seus movimentos aos do bebê e garante mutualidade (Winnicott, 1968/2006). Tudo isso pode ficar comprometido quando o bebê nasce prematuro.

Os cuidados do bebê prematuro são inicialmente assumidos pelos profissionais da equipe da UTI Neo, que se responsabilizam também por procedimentos deveras invasivos, o que dificulta e, muitas vezes, limita os pais de se ocuparem do próprio bebê. Segundo a literatura, o envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê geralmente acontece próximo à alta hospitalar. Para eles, a participação nos cuidados do bebê os aproximaria do filho, fortalecendo sua autoestima e seu papel parental, além de reforçar a motivação de ir ao hospital (Baylis et al., 2014; Heinemann, Hellstrom-Westas, & Nyqvist, 2013). Alguns estudos (Heinemann et al., 2013; Hutchinson, Spillett, & Cronin, 2012) apontam que, após um tempo que variou entre os pais, eles passaram a ganhar mais confiança e energia em relação à recuperação do bebê. Haveria uma tendência de substituição da tristeza sentida no início por um foco e investimento maiores no cuidado do bebê e em tarefas destinadas a ele. Ao mesmo tempo, os pais ainda estariam preocupados com possíveis situações de emergência e com a condição clínica do bebê (Heinemann et al., 2013). Um estudo sobre os sentimentos maternos em relação à alta do bebê mostrou que, no momento da alta, 90% das mães se sentiam preparadas para cuidar do bebê. Essas mães demonstraram altos níveis de satisfação e envolvimento com o processo de alta da UTI Neo

(Meck, Fowler, Claflin, & Rasmussen, 1995), o que oferece importantes dados para refletir sobre a relevância de envolvê-las no cuidado do bebê durante toda a internação.

Alguns estudos recomendam que o planejamento da alta do bebê comece logo que ele é admitido na UTI Neo (Damato, 1991; Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014; Rabelo, Chaves, Cardoso, & Sherlock, 2007). A ideia é que a família esteja sempre envolvida nesse planejamento, contando com um enfermeiro de referência que promova comunicação e compreensão sobre o desenvolvimento e comportamento do bebê, além de apoio para possíveis sentimentos de ansiedade e estresse dos pais (Damato, 1991). Cabe ressaltar que o planejamento da alta desde o início pode ser altamente complexo, visto que muitas vezes o estado clínico do bebê é crítico e há risco de morte. Contudo, é importante que a família estabeleça um vínculo com a equipe o mais cedo possível para que se sinta confiante nos cuidados que o bebê está recebendo no hospital e nas orientações que recebem para os cuidados em casa, o que pode se dar ao longo do planejamento da alta (Damato, 1991). Além disso, fazer planos para a alta do bebê pode ajudar os pais a investirem em seu vínculo com ele, que pode estar fragilizado pelo medo de perdê-lo. Para que esse processo seja mais adequado, a equipe deve considerar o momento (períodos de alto ou baixo estresse) e o formato (verbalmente, impresso, audiovisual etc) no qual as informações a respeito da alta são apresentadas à família. É importante considerar que, em um contexto como o da prematuridade, marcado por estresse contínuo, as informações possam ser dadas aos poucos aos pais (Meck et al., 1995), de forma clara, objetiva e não técnica, para que seja acessível o que é preciso fazer e como cuidar do bebê em casa (Rabelo et al., 2007). Ademais, recomenda-se que uma equipe multidisciplinar esteja envolvida na alta (Als, 2010; Meck et al., 1995) e que demandas específicas de cada família sejam identificadas e acolhidas por essa equipe, que possa orientá-las da maneira mais apropriada (Meck et al., 1995).

Além dos critérios para determinar se o bebê estará pronto para a alta, como conseguir regular sua própria temperatura corporal e ter habilidade de mamar associada ao ganho de peso (Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014; Smith, Hwang, Dukhovny, Young, & Pursley, 2013), um acompanhamento com os pais é parte imprescindível para a alta. Espera-se que eles possam se sentir, em alguma medida, preparados emocionalmente para levarem o bebê para casa (Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014). É importante lembrar que a família não está preparada para a chegada antecipada do bebê, o que torna fundamental a preparação durante a internação (Smith et al., 2013).

Alguns estudos sugerem que as experiências de preparação da família para a alta do bebê são individuais e que cada mãe, portanto, vivencia sentimentos diversos nesse período (Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014; Souza et al., 2010; Whittingham, Boyd, Sanders, & Colditz, 2014), muitas vezes contraditórios (Phillips-Pula, Pickler, McGrath, Brown, & Dusing, 2013). Os pais se sentem aliviados e felizes em relação à alta, mas também sentem angústia e medo ao assumirem completa responsabilidade pelo bebê (Miles & Holditch-Davis, 1997), pois tarefas como tocá-lo, pegá-lo e amamentá-lo podem ser vistas como muito mais complexas e a equipe não estará por perto para ajudar a mãe (Rabelo et al., 2007).

O estudo de Phillips-Pula et al. (2013), por exemplo, que investigou retrospectivamente experiências das mães diante da alta do bebê da UTI Neo, encontrou que elas temiam situações desconhecidas, mencionaram não saber o que esperar e não saber como manejar qualquer situação com o bebê. Esse medo esteve presente desde o nascimento dos bebês até sua ida para casa. Algumas mães tinham dúvidas de que seus bebês estivessem prontos para a alta, pela fragilidade do bebê ou pela insegurança materna, achados corroborados por Souza et al. (2010). Outros estudos mencionaram a necessidade que as mães tinham de receber mais informações e orientações para o cuidado em casa (Meck et al., 1995; Whittingham et al., 2014).

Considerando a complexidade que caracteriza a preparação para a alta hospitalar de um bebê nascido prematuro, com todo o impacto sobre o bebê e a família, esse estudo teve como objetivo investigar os sentimentos e expectativas de mães no momento próximo à alta hospitalar dos seus bebês nascidos prematuros.

Método

Participantes

Participaram do estudo 42 mães cujos bebês nascidos prematuros estavam internados em hospitais públicos de Porto Alegre com previsão de alta hospitalar por parte da equipe. A idade das mães variou entre 19 e 43 anos ($M = 27,9$ anos; $DP = 6,23$). Quanto ao estado civil, 80,9% (34) das mães eram casadas ou estavam em relacionamento estável com companheiro, 16,6% (7) eram solteiras e 2,4% (1) eram separadas. Do total de mães, 52,4% (22) eram primíparas, 28,5% (12) tinham dois filhos e 19% (8) tinham três filhos ou mais. A idade gestacional dos bebês ao nascer variou de 25 a 35 semanas ($M = 30,5$; $DP = 2,79$), sendo 45,2% (19) prematuros moderados, 33,3% (14) muito prematuros e 21,4% (9) extremamente prematuros. O peso ao nascer variou entre 615 e 2.280 gr ($M = 1.222,5$ gr; $DP = 369,4$ gr), sendo que 57,1% (24) tinham muito baixo peso, 23,8% (10) baixo peso e 19% (8) extremo baixo peso³.

Todas as participantes integravam o projeto *Prematuridade e parentalidade: do nascimento aos 36 meses de vida da criança* (Lopes et al., 2012), que vem acompanhando 68 famílias de bebês nascidos prematuros nos três primeiros anos de vida dos bebês. O objetivo do projeto é investigar a experiência da parentalidade e o desenvolvimento do bebê no contexto da prematuridade. O projeto conta com seis fases de coleta de dados do nascimento aos 36 meses de vida do bebê e, em cada uma delas, foram realizadas entrevistas com a mãe e com o pai do bebê, além de avaliações do seu desenvolvimento. A pesquisa foi realizada em três hospitais públicos de Porto Alegre. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Processo nº 22009015) e pelos comitês de ética dos hospitais participantes do estudo.

Procedimentos, instrumentos e delineamento

As mães foram contatadas pela primeira vez em torno do 15º dia após o parto, e convidadas a participar da pesquisa, nas UTIs Neo onde seus bebês estavam internados. As que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam a diversos instrumentos previstos para esta fase de coleta, incluindo uma Entrevista de Dados Demográficos da Família (NUDIF/GIDEP, 2009a). Em seguida, pouco tempo antes da alta hospitalar do bebê, as participantes foram contatadas novamente e responderam à Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-Termo e da Mãe/Pré-alta (NUDIF/GIDEP, 2009b), que abordou aspectos gerais de saúde da mãe e do bebê no momento que antecedia a alta, e à Entrevista sobre a Maternidade no Contexto da Prematuridade/Pré-alta (NUDIF/GIDEP, 2009c), uma entrevista estruturada realizada de forma semidirigida que englobou variados aspectos da experiência de maternidade de um bebê prematuro no contexto da pré-alta hospitalar. Essa entrevista incluiu perguntas sobre a alta hospitalar do bebê, a experiência na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)⁴ (caso a mãe estivesse ali com o bebê), como a mãe estava percebendo o desenvolvimento do bebê, dentre outras. As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital individualmente com cada mãe, respeitando a privacidade das mesmas. Este é um estudo de caso qualitativo, de caráter transversal.

³ A classificação da idade gestacional ao nascer, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (March of Dimes et al., 2012) é: bebês extremamente prematuros, nascidos com menos de 28 semanas gestacionais; muito prematuros, nascidos entre 28 e 32 semanas gestacionais; e moderadamente prematuros, nascidos entre 32 e menos de 37 semanas gestacionais. Quanto ao peso ao nascer, a classificação é: nascidos com menos de 2.500 gr são de baixo peso; nascidos com menos de 1.500 gr são de muito baixo peso; e nascidos com menos de 1.000 gr são de extremo baixo peso (Institute of Medicine [US], 2007).

⁴ Embora este seja o termo oficial utilizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015), no presente estudo será utilizado o termo sintetizado "unidade canguru".

Análise dos dados

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados pelas duas primeiras autoras através de análise temática indutiva (Braun & Clarke, 2006). Os eixos temáticos utilizados foram: 1) Envolvimento materno nos cuidados com o bebê na pré-alta; 2) Expectativas em relação à alta da UTI Neo; e 3) Expectativas em relação aos cuidados em casa.

Resultados

Cada resultado será apresentado com uma porcentagem entre parêntesis. Essa quantificação refere-se ao número de participantes que apresentaram verbalização referente ao resultado em questão, em relação ao total de participantes do estudo. Ademais, vinhetas foram utilizadas para ilustrar os achados.

Envolvimento materno nos cuidados com o bebê na pré-alta

Em relação às formas de cuidado identificadas, houve uma variação entre as mães, principalmente em relação às atividades de cuidado, bem como ao espaço onde o bebê estava internado neste momento. Foram observadas três possibilidades de espaço de cuidado dentro da UTI Neonatal: a incubadora (23,8%), a unidade canguru (19%) e o berçário (50%); três mães não mencionaram (7,1%). Foram identificadas tarefas de rotina (como alimentação, troca de fraldas, dentre outras) e a maioria das mães (73,8%) também relatou cuidados relacionados mais ao contato afetivo e de proximidade entre a mãe e o bebê como fazer carinho, oferecer colo, troca de olhares, beijar. Tanto para aquelas mães cujos bebês estavam na incubadora e foram transferidos para o berço, quanto para aquelas que foram transferidas com seus bebês para a unidade canguru, o cuidado passou a ficar mais sob sua responsabilidade: *“Agora quando eu chego até a hora de eu ir embora é eu que cuido. [A enfermeira] Só dá a medicação. Antes eu não fazia quase nada, agora não, eu posso fazer tudo. Posso cuidar dele sozinha, bem dizer”* (M30, berçário). Por fim, constataram-se em poucos casos (12%) relatos de extrema vigilância ao bebê, principalmente quanto ao seu estado de saúde: *“Eu tenho medo de acontecer alguma coisa com ele enquanto estiver dormindo. O negócio do oxigênio principalmente, é o que eu tenho que cuidar se ele consegue respirar por conta”* (M39, canguru). É importante ressaltar que todas as mães que mencionaram extrema vigilância estavam internadas com o bebê na unidade canguru.

Em relação aos sentimentos frente ao envolvimento nos cuidados, várias mães (45,2%) relataram crescente autonomia nos cuidados com o bebê em relação ao momento após o parto, principalmente após estímulo ou autorização da equipe: *“Tá melhor porque antes eu não podia nem pegar ela. Agora eu pego a hora que eu quero, eu que dou banho, eu que troco, eu faço tudo ali, eu que dou mamá pra ela”* (M18). Por outro lado, quatro mães referiram ainda não terem realizado nenhuma tarefa de cuidado com o bebê: em um dos casos o bebê ainda estava na incubadora e a mãe comparecia poucas horas por dia; para outra mãe o bebê ainda estava com a saúde bem frágil, o que a impossibilitava de assumir cuidados; em outro caso a mãe não se envolveu nos cuidados por questões de comunicação entre ela e a equipe; e no quarto caso a mãe não pôde assumir as tarefas porque ela adoeceu e passava apenas 01 h no hospital por ter retornado ao trabalho.

Outro sentimento relatado pelas mães (45,2%) foi o medo. Foram encontradas diferenças, sendo que 21,4% das mães (09 mães) relataram ter sentido medo, mas perdido com a prática na UTI, e 23,8% das mães (10 mães) ainda tinham medo em relação aos cuidados. Dentre essas dez mães, quatro relataram deixar de realizar alguma tarefa de cuidado por medo, sendo três em relação ao banho e uma em relação à troca de fraldas.

O cansaço da rotina estava relacionado a um maior envolvimento nos cuidados (42,8% das mães), que incluía, muitas vezes, ter que realizar viagens do interior para a capital⁵: *“O ruim é que tem que tá*

⁵ Os hospitais participantes do estudo eram considerados de referência para tratamento da prematuridade e diversas famílias tinham que viajar para a capital para visitar o bebê.

vindo todos os dias pro hospital e tu tá geralmente cansada. Eu cheguei a sonhar que eu tinha que pegar um atestado, mas eu nem tava no serviço. Eu ando muito cansada” (M29). Por exemplo, uma mãe relatou a dificuldade de dormir à noite, ao pensar no bebê e ficar preocupada, o que poderia agravar a sensação de cansaço durante o dia: *“Tu vai pra casa e não sabe como ele vai tá amanhã. Tu nem dorme direito, cada dia que passa tá na expectativa. Eu passo o dia todo aqui, todos os dias. Não tem como tu ficar em casa com teu filho aqui”* (M32).

Várias mães (33,3%) relataram ter aprendido com o tempo a cuidar do bebê, comparando sua experiência atual com a experiência logo após o parto. Para elas, o aprendizado estaria relacionado à sensação de conhecer melhor o bebê, o que também traria uma sensação de competência no cuidado: *“Tá sendo bom porque eu tô aprendendo, tô conseguindo alcançar as minhas expectativas como mãe. Até então eu só tinha colocado ela no mundo, agora vem a fase de aprendizado”* (M28). Outro sentimento (33,3%) foi sentir-se mãe pela possibilidade de cuidar sozinha do bebê, com menos interferência da equipe: *“Eu ia me sentir mãe quando eu começasse a cuidar. Agora eu me sinto mãe e eu sei que ele me sente como mãe dele mesmo, porque a mãe dele lá em cima era todo mundo”* (M6). Poder amamentar o bebê ao seio era, para algumas mães (14,3%), relacionado a esse sentimento de sentir-se mãe relatado anteriormente.

Também se notou um sentimento de maior proximidade e de vínculo mais forte com o bebê, relacionado ao maior envolvimento nos cuidados com ele, principalmente nos que envolviam mais contato físico, como amamentar ao seio e pegar no colo: *“Agora parece que eu me apeguei mais a ela por tá lidando com ela, por tá trocando as fraldas e tá podendo amamentar, dar banho”* (M36). Várias mães (31%) também relataram sentir mais dificuldade para ir embora e deixar o bebê: *“Quando eu vou embora tá mais difícil, porque antes eu não podia encostar, eu não me apegava tanto e agora eu já me acostumei e eu passo o dia todo com ela”* (M17).

Quatro mães internadas na unidade canguru com o bebê relataram o sentimento de estarem isoladas e presas: *“Eu fico ansiosa de tá presa aqui. Antes ia lá, visitava ela, ficava duas, três horas, ia pra casa, de noite voltava de novo e agora não posso sair”* (M33). Importante lembrar que na unidade canguru a mãe é a principal responsável pelos cuidados e a equipe fica mais afastada, monitorando alguns sinais clínicos do bebê e intervindo caso necessário.

Por fim, destacam-se os fatores que promoveram e limitaram o envolvimento das mães nos cuidados. A maioria (62%) afirmou que o estímulo da equipe (o convite para as mães se envolverem no cuidado ou ensinarem as mães) funcionou como um fator positivo para o envolvimento com o bebê: *“A enfermeira ‘Não, tu que tem que dar, porque em casa não vai ter nós pra dar’, aí eu dei, foi tranquilo. O mamazinho. E ele mamou tranquilo”* (M1). Por outro lado, para um caso esse estímulo soou como uma cobrança: *“Agora tá mais puxado, ele saiu da UTI e eu tenho que ficar mais perto. As enfermeiras pedem pra gente ficar mais perto. Eu já passo o dia todo aí, como é que eu vou vir mais, eu vou passar a madrugada também aqui?”* (M34). Com a melhora do bebê, algumas mães (23,8%) relataram sentirem-se mais estimuladas a irem à UTI Neo, já que o cuidado passou a ser gradualmente sua responsabilidade: *“Depois que ela veio pra cá eu vim todo dia. Porque podia ficar com ela, era eu que cuidava dela, não era as enfermeiras”* (M18).

Algumas mães mencionaram que ver o bebê sem os aparatos da UTI Neo auxiliaria o envolvimento (21,4%): *“No começo eu não conseguia ficar duas, três horas. Agora eu consigo porque eu posso pegar ela no colo, eu posso mexer nela, antes ela ficava naquela incubadora com tubo e um monte de coisa eu não podia quase nem tocar nela direito”* (M8). Outro aspecto percebido como estímulo para o envolvimento da mãe tratou-se da estrutura das acomodações do local onde o bebê estava internado (14,3%): *“Aqui eu posso ter um armário. Conforto, cama. Chego cansada. Aqui eu posso descansar, posso ficar com ele sem me estressar”* (M38).

Expectativas em relação à alta da UTI Neonatal

Para a maioria das mães (61,9%), o bebê estaria pronto para ir para casa no momento da entrevista, o que as impactaria emocionalmente: *“Com os dias a gente vai vendo a importância de cada fiozinho, cada coisinha que tá ligada nela, e o emocional vai ficando mais abalado quando vão tirando tudo e vendo que ela já tá preparada pro mundo, pra sair”* (M14). Entretanto, para outras quatro

mães o bebê ainda estaria imaturo para receber alta: *“Ainda não tá pronto, tem que esperar. Porque ele não mama nas horas que é pra ele mamar. Eu tenho medo de ele perder muito peso. Aí eu quero que ele saia quando ele estiver pronto mesmo”* (M32).

Dentre a maioria das mães (59%) percebeu-se ambivalência em seu discurso frente à alta: *“Eu tô feliz, triste e assustada. Feliz porque ele vai embora, triste porque vou deixar meus amigos aqui, e assustada porque eu vou tá com os três [filhos] e vou ter que ter um cuidado muito maior no bebê”* (M19). A ansiedade, mencionada por mais da metade das mães (54,8%), esteve muitas vezes relacionada com o ganho de peso como fator crucial para a alta do bebê: *“Só ansiedade de levar ela, mesmo. Parece que demora, não passa nunca. Mas agora é só mais cento e trinta gramas”* (M27).

A felicidade pela alta do bebê apareceu no relato da metade das mães (50%); em alguns deles, esteve relacionada com a reunião familiar: *“Ah muito feliz. Porque aí vai estar todo mundo reunido, com minhas filhas mais ela. Que tá dividido, eu to aqui e elas lá”* (M14). Outro sentimento foi o medo (38%), e muitas vezes relacionado à percepção de que o bebê era vulnerável e poderia ter que retornar ao hospital. Por outro lado, várias mães (35,7%) relataram sentirem-se mais tranquilas nesse momento de transição para casa, especialmente devido à melhora clínica do bebê. Três mães mencionaram não criar expectativas em relação à alta do bebê para evitar decepções.

Algumas mães (26,2%) afirmaram que o próprio bebê estaria se esforçando e demonstrando também uma vontade de sair da UTI Neo: *“Acho que ele tá ansioso pra chegar em casa. A gente olha pra ele, parece que ele também tá respondendo ‘Eu também tô com vontade de sair daqui’”* (M26). Outro achado foi o sentimento de gratidão devido à ajuda que a mãe e a família receberam durante a internação do bebê (14,3% das mães): *“A gente vai lá na tia dele, que ajudou bastante no tempo que eu estive internada, então a gente tem que agradecer. Vamos ter que sair se despedindo no banco de leite, lá na UTI porque Deus me livre eu sair daqui sem agradecer tudo o que eles fizeram pela gente”* (M6). Três mães referiram o momento da alta hospitalar como um sentimento de retorno ao momento do pós-parto, afirmando que a saída do hospital poderia significar um renascimento: *“Vou voltar lá atrás naquele momento que eu ganhei ela, vou pegar ela e vou levar comigo”* (M25).

Por fim, destacam-se os relatos de várias mães (35,7%) sobre a dependência que tinham em relação ao ambiente da UTI Neo e às recomendações da equipe para a alta do bebê: *“Ele gosta tanto daquela incubadora, até mexi com as enfermeiras, eu disse que eu vou levar a incubadora pra casa, porque quando ele chegar em casa não vai querer ficar numa cama, vai querer ficar dentro do quentinho ali”* (M29).

Expectativas em relação aos cuidados em casa

O último eixo trata das expectativas maternas relativas ao cuidado em casa, e da possível inserção de outras pessoas na rotina de cuidados do bebê. Em relação a essas pessoas, observou-se que a maioria das mães (66,6%) esperava contar com a ajuda de familiares, como a avó materna, tias e até mesmo irmãos do bebê: *“A mãe também vai lá pra casa. E a mãe do meu marido também. A minha irmã também. Acho que elas já têm mais prática, acho que vão saber cuidar bem, dar o banho”* (M15). Outras mães (14,3%) não queriam ajuda e entendiam que o momento em casa seria exclusivo da mãe com o bebê e/ou com os outros filhos. Apenas quatro mães afirmaram que cuidariam do bebê somente com o pai.

Várias mães (43%) tinham a expectativa de uma maior proximidade e intimidade com o bebê: *“Eu quero dar todos os mimos pra ele. Vinte e quatro horas no colo, ele me beijar, ele me abraçar”* (M37). Várias mães (40,5%) consideravam o bebê como frágil e demandante de cuidados especiais, além de terem a expectativa de preservá-lo do contato com outras pessoas de fora do ambiente doméstico: *“Eu vou tomar um cuidado como se fosse uma enfermeira do meu bebezinho”* (M4). Por outro lado, várias mães (31%) entendiam que o bebê, por estar recuperado da UTI Neo, seria cuidado como qualquer outro bebê e incluído na rotina da família. Duas mães ficaram mais preocupadas em relação ao comprometimento dos cuidados dos outros filhos com a chegada do bebê em casa: *“Eu tenho medo disso, deixar desejar pra outra [filha], por ter que me dividir em muitas ao mesmo tempo”* (M14).

A maioria das mães (52,4%) fez comparações entre os cuidados que o bebê estava recebendo na UTI Neo e aqueles que receberia em casa: *“Não tem aquela coisa que nem aqui no hospital ‘Não, três*

horas tu mama', 'Tem que ser às três', então não é que nem hospital. É o meu horário." (M29). Por outro lado, poucas mães (14,3%) relataram a expectativa de que os cuidados seriam os mesmos independentemente do ambiente.

Metade das mães (50%) relatou não ter dúvidas quanto aos cuidados em casa e que caso tivessem teriam recursos para lidar com elas. Uma mãe relatou que contataria a equipe que cuidou do bebê na UTI Neo: *"Agora eu acho que não [tenho dúvidas], acho que no dia-a-dia eu fui tirando, talvez agora sozinha, mostro pra ele que é a mãe que tem experiência, qualquer coisa ligo mesmo pras gurias"* (M3). No entanto, algumas mães relataram dúvidas (30,95%) e várias (47,6%) mencionaram preocupações quanto aos cuidados em casa. Quanto às preocupações, os relatos das mães referiram-se à saúde do bebê em casa: *"Os meus receios são as visitas, o frio. Ela tá em casa e ter alguma coisa e eu não ter uma atitude, não ter a capacidade de cuidar dela, eu tenho esses medos"* (M25). Quanto às dúvidas, algumas relataram dificuldade de saber como agir em casos de emergência com o bebê: *"Eu tenho bastante dúvida, se ele vomitar, ou acontecer de ele parar de respirar. Essas coisinhas que aconteceram mais com ele aqui"*. (M37).

Por fim, cinco mães (12%) relataram expectativas em relação às reações de outras pessoas quanto ao período de isolamento em casa logo após a alta do bebê, muitas vezes recomendado pela equipe: *"Eu tenho medo das pessoas não aceitarem bem, achar que talvez eu esteja muito cheia de não me toque, que eu não queira contato"* (M14).

Discussão

Os resultados apontaram que diversos sentimentos se destacaram na experiência das mães em relação ao envolvimento nos cuidados com o bebê na UTI Neo no momento da pré-alta hospitalar; dentre eles a autonomia foi o mais referido. A literatura indica que algumas características da pré-alta, como a melhora no estado clínico do bebê e a atenuação da situação de risco de morte iminente, além do estímulo da equipe para que a mãe se envolva nos cuidados são os principais fatores que possibilitam que a mãe sinta autonomia nesse momento (Heinemann et al., 2013; Pal, Alpay, Steenbrugge & Detmar, 2013; Whittingham et al., 2014). Ademais, é importante considerar que a maioria dos bebês já estava fora da incubadora, o que também fez diferença no envolvimento das mães nos cuidados. Ressalta-se que uma participante do estudo percebeu o estímulo da equipe como cobrança, o que pode acabar se tornando mais uma fonte de estresse no ambiente da UTI Neo. Apesar de que diversos fatores podem influenciar essa percepção da mãe, é essencial que a equipe tenha uma abordagem sensível à singularidade de cada caso e possa identificar o momento mais apropriado para convocar a mãe a cuidar de seu bebê.

Outro sentimento que se destacou foi o medo em relação ao cuidado do bebê, associado principalmente à possibilidade de machucá-lo. Isso poderia dificultar o envolvimento materno nos cuidados na UTI Neo, já que as mães poderiam evitar realizar algumas tarefas com o bebê. Além disso, o medo de cuidar na UTI Neo poderia se prolongar, influenciando os cuidados após a alta. No presente estudo, sete das dez mães que sentiam medo de cuidar do bebê na UTI Neo também sentiam medo em relação à alta hospitalar, o que poderia ser um indicativo dessa influência do medo de cuidar em momentos posteriores.

O cansaço foi referido pelas mães principalmente em relação à rotina e ao ambiente estressante da UTI Neo. Whittingham et al. (2014) afirmam que, durante a internação do bebê, os pais se deparam com situações estressantes, como conciliar suas atividades anteriores ao nascimento do bebê com a nova rotina de visitas ao hospital, a separação física do bebê nos primeiros momentos da internação e o sentimento de falta de controle sobre a condição clínica dele. No momento da pré-alta, as mães comumente já estão vivenciando tais situações por um tempo prolongado, o que pode gerar cansaço e exaustão.

As mães também relataram terem aprendido com o tempo como lidar com seus bebês, o que esteve relacionado tanto a como realizar tarefas de cuidado quanto a descobertas em relação ao

temperamento e às preferências do bebê. Estudos que investigaram as interações e o vínculo mãe-bebê na UTI Neo afirmaram que o processo de conhecer o bebê e responder às suas necessidades, essencial para a formação e consolidação do vínculo mãe-bebê, é afetado pela situação de emergência do nascimento prematuro e pela internação do bebê, que podem dificultar ou atrasar esse aprendizado (Brum & Schermann, 2004; Scortegagna et al., 2005). Pode-se pensar que no momento da pré-alta as mães estavam vivenciando a transição dos cuidados exclusivos da equipe para os cuidados maternos, podendo ter mais disponibilidade emocional para o processo de aprender a lidar com seu bebê.

Uma das maneiras mais utilizadas na UTI Neo de promover o contato entre mãe e bebê é o Método Canguru, reconhecido por seus benefícios para o desenvolvimento do recém-nascido de baixo peso e para a consolidação do vínculo mãe-bebê em contexto de internação do recém-nascido (Brasil, 2015). Esse método preconiza a permanência da mãe com o bebê no hospital pela maior parte de tempo possível; contudo, um achado importante do presente estudo consistiu na sensação de isolamento manifestada por algumas mães que experienciaram a internação com o bebê em unidade canguru, pouco comentada na literatura. Além disso, apenas mães que estavam internadas com o bebê relataram extrema vigilância em relação a ele, o que pode estar relacionado ao fato de que um dos critérios para admissão da mãe na unidade canguru com seu bebê é a capacidade de identificar sinais de risco nele, como falta de ar (Brasil, 2015). Alguns autores relacionaram a vigilância ao conceito de preocupação médico-primária, que se refere a um estado em que a mãe se ocupa mais de cuidados médicos do que maternos (Esteves, Anton, & Piccinini, 2011; Morsch & Braga, 2007). É possível pensar que essa vigilância estaria ligada também ao trauma da possibilidade de perder o bebê, que costuma rondar toda a internação. Esses achados apontam que a internação com o bebê pode sobrecarregar as mães, sendo importante destacar a necessidade de acompanhamento e de desenvolvimento de estudos que investiguem a especificidade das vivências maternas nesse espaço.

Quanto à alta da UTI Neo, cabe apontar que, apesar de que para a maioria das mães o bebê estaria pronto para receber alta, poucas consideravam que seus bebês poderiam permanecer ainda algum tempo internados, pois não estariam prontos para deixar o ambiente da UTI Neo, ainda que já houvesse previsão de alta por parte da equipe. Isso pode refletir o sentimento das próprias mães de não estarem preparadas para cuidarem sozinhas de seus bebês, sem o suporte da equipe e do aparato da UTI Neo, o que foi observado em uma determinada parcela das participantes como sentimento de dependência em relação à equipe. O processo de alta é algo gradativo e permeado por ambivalência: tira a mãe de um ambiente que sugere segurança, mas, ao mesmo tempo, impõe uma sobrecarga emocional (Fegran & Helseth, 2009). É importante discutir em que medida as mães acabam não atentando para suas próprias experiências com o bebê ao estarem mais voltadas às ordens da equipe. Essa situação aponta a importância de que o planejamento da alta seja pensado caso a caso, levando em conta as percepções maternas sobre a preparação para assumir a responsabilidade pelo bebê (Damato, 1991; Meck et al., 1995). Ademais, é importante refletir sobre o impacto das orientações da equipe nos primeiros momentos em casa sobre a rotina familiar após a alta, e como cabe à equipe fornecer orientações de forma sensível e adequada a cada caso.

A ambivalência, comumente esperada para esse momento da alta (Fegran & Helseth, 2009), esteve bastante presente nos relatos das mães. Apesar de a alta do bebê nascido prematuro geralmente ser um momento de alívio e felicidade para as mães, elas também podem sentir falta de preparação para assumir os cuidados com o bebê e ter dúvidas sobre sua capacidade para cuidar, o que pode levar a sentimentos de medo e ansiedade (Miles & Holditch-Davis, 1997; Raines, 2013). Isso reforça a necessidade de que essas mães possam ser acompanhadas durante a internação do bebê, podendo contar com um espaço de acolhimento de seus medos, fantasias e dúvidas.

Algumas mães projetaram em seus bebês sentimentos maternos sobre a alta e relataram o sentimento de renascer quando da alta do bebê. Pode-se pensar que ambas as expressões refletem aspectos do mundo emocional materno, como uma possibilidade de recuperação do contexto traumático da prematuridade - ao "permitir" que o bebê renasça antes de ir para casa - e incluindo o bebê como parte importante dessas experiências.

Frente à proximidade do momento em que terão que cuidar sozinhas do bebê, as mães podem se sentir ansiosas e despreparadas (Griffin & Pickler, 2011; Jefferies & Canadian Paediatric Society,

Fetus and Newborn Committee, 2014). Uma maneira importante de encontrar apoio para esse momento foi a expectativa de inserção de outras pessoas nos cuidados com o bebê após a alta, o que pode refletir a importância de uma rede de apoio que ofereça sustentação para a díade mãe-bebê nesse momento.

Como discutido, a consolidação do vínculo mãe-bebê no ambiente da UTI Neo pode ser limitada (Als, 2010; Fegran & Helseth, 2009). A maioria das participantes desse estudo fez comparações entre esse ambiente e o de casa, ressaltando as expectativas de maior autonomia e mais intimidade com o bebê, percebendo que após a alta poderiam ter mais contato com ele sem a interferência da equipe e do ambiente da UTI Neo. Isso poderia indicar uma expectativa de retomada do vínculo mãe-bebê sem as limitações impostas pelo ambiente e pela equipe da UTI Neo.

Considerações finais

Concluindo, o presente estudo focou nas experiências das mães diante da alta de seu bebê nascido prematuro, mostrando que se trata de um processo complexo, marcado por sentimentos ambivalentes e um envolvimento maior nos cuidados com o bebê. Faz-se necessário apontar algumas limitações deste estudo. Destaca-se a dificuldade de desmembrar em temas um processo tão complexo como a alta hospitalar desses bebês. Embora este estudo tenha a vantagem de ter podido explorar a subjetividade de um determinado grupo de mães nessa situação, torna-se importante dar prosseguimento aos estudos sobre esse momento tão delicado de transição da UTI Neo para a casa, explorando aspectos que não puderam ser contemplados nesse estudo. Por exemplo, analisar com mais profundidade possíveis diferenças entre grupos de mães de acordo com a idade gestacional do bebê, tempo de internação, local da UTI Neo em que o bebê estava internado, entre outros fatores. É importante destacar que, ao reportar os sentimentos das mães, a frequência destes esteve atrelada à nomeação feita pela própria mãe, o que oferece um viés importante de ser analisado. É provável que outros sentimentos estivessem presentes nesse contexto, caso a análise tivesse ocorrido de forma diferente, levando em conta não apenas o que foi dito de forma literal.

Considerando os achados, pôde-se notar possíveis efeitos das experiências traumáticas do início da internação, por exemplo, o medo de cuidar do bebê. Diante dessas constatações, é importante reforçar que o processo de alta deve começar desde que o bebê é admitido na UTI Neo (Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014; Meck et al., 1995; Rabelo et al., 2007), envolvendo os pais desde cedo no cuidado e na rotina do bebê. A equipe envolvida nos cuidados desses bebês deve estar atenta para detectar nos pais alguma dificuldade nesse envolvimento, apoiando-os e fazendo os encaminhamentos necessários. A importância da equipe nesse momento ficou clara quando a mesma, ao convidar as mães para estarem juntas do bebê, fez com que elas se sentissem incentivadas e motivadas a irem à UTI Neo.

Da mesma forma que a recuperação do bebê é um processo, para a mãe é um processo ir se tornando mãe daquele bebê, construindo um vínculo com ele e retomando as primeiras identificações, que foram interrompidas quando do nascimento prematuro. Torna-se evidente a necessidade de envolver a mãe nos cuidados com seu bebê já na UTI Neo, com o auxílio de uma equipe qualificada e de acordo com as especificidades de cada caso. Assim, possibilita-se uma preparação para a alta hospitalar de modo a promover uma continuidade entre os cuidados no hospital e em casa, o que pode ter resultados e reverberações nos cuidados com o bebê após a alta.

Referências

Als, H. (2010). Advances in the understanding and care of the preterm infant. In B.M. Lester & J.D. Sparrow (Orgs.), *Nurturing children and families: building on*

the legacy of T. Berry Brazelton (pp.205-218). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

- Baylis, R., Ewald, U., Gradin, M., Nyqvist, K.H., Rubertsson, C., & Blomqvist, Y.T. (2014). First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 103, 1045-1052.
- Boykova, M. & Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 81-87.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência e saúde coletiva*, 9(2), 457-467.
- Damato, E. G. (1991). Discharge planning from the neonatal intensive care unit. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5(1), 43-53.
- Esteves, C. M., Anton, M. C., & Piccinini, C. A. (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99.
- Fegran, L. & Helseth, S. (2009). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 667-673.
- Griffin, J. B. & Pickler, R. H. (2011). Hospital-to-home transition of mothers of preterm infants. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(4), 252-257.
- Heinemann, A.-B., Hellstrom-Westas, L., & Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*, 102, 695-702.
- Hutchinson, S. W., Spillett, M. A., & Cronin, M. (2012). Parents' experiences during their infant's transition from neonatal intensive care unit to home: a qualitative study. *The Qualitative Report*, 17, 1-20. Recuperado em 7 de Março, 2016 de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR17/hutchinson.pdf>
- Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. (2007). Em R. E. Behrman & A. S. Butler (Orgs.), *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jefferies, A.L. & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. (2014). Going home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 31-36.
- Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Fleck, A., Steibel, D., Esteves, C. M., Leão, L. C. S., & Mousquer, P.N. (2012). *Prematuridade e parentalidade: do nascimento aos 36 meses de vida da criança*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, & World Health Organization. (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 7 de Março, 2016 de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
- Meck, N. E., Fowler, S. A., Claflin, K., & Rasmussen, L. B. (1995). Mothers' perceptions of their NICU experience 1 and 7 months after discharge. *Journal of Early Intervention*, 19(3), 288-301.
- Miles, M. S. & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 254-266.
- Ministério da Saúde. (2015). *Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 de Março, 2016 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf
- Morsch, D. S. & Braga, M. C. A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009a). *Entrevista de Dados Demográficos da Família*. (Instrumento não publicado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009b). *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pré-alta*. (Instrumento não publicado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009c). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta*. [Interview on Maternity in the Context of Prematurity/Pre-discharge]. (Instrumento não publicado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pal, S. M., Alpay, L. L., Steenbrugge, G. J., & Detmar, S. B. (2013). An Exploration of Parents' Experiences and Empowerment in the Care for Preterm Born Children. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1081-1089.
- Phillips-Pula, L., Pickler, R., McGrath, J.M., Brown, L.F., & Dusing, S.C. (2013). Caring for a preterm infant at home: a mother's perspective. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 27(4), 335-344.
- Rabelo, M. Z. S., Chaves, E. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L., & Sherlock, M. S. M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 333-337.
- Raines, D. (2013). Mothers' stressor as the day of discharge from the NICU approaches. *Advances in Neonatal Care*, 13(3), 181-187.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C. A., Morsch, D. S., Carvalho, R. A., Biasi, J., & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Psic:*

- Revista da Vetor Editora*, 6(2), 61-70. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200008
- Smith, V. C., Hwang, S. S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 33, 415-421.
- Souza, N. L., Pinheiro-Fernandes, A. C., Clara-Costa, I. C., Cruz-Enders, B., Carvalho, J. B. L., & Silva, M. L. C. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 356-367.
- Whittingham, K., Boyd, R. N., Sanders, M. R., & Colditz, P. (2014). Parenting and prematurity: understanding parent experience and preference for support. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1050-1061.
- Winnicott, D. W. (1982). Preocupação materna primária. In D.W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (2006). A mãe dedicada comum. In D.W. Winnicott, *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1966).
- Winnicott, D. W. (2006). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D.W. Winnicott, *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1968).

Recebido em 14/10/2016

Aceito em 15/03/2017

Lívia Caetano da Silva Leão: Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Larissa Ramos da Silva: Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rita de Cássia Sobreira Lopes: Doutorado em Psicologia pela University of London. É Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.