



A relação mãe-bebê na prematuridade extrema: uma análise sobre a formação de vínculos

The mother-baby relationship in extreme prematurity: an analysis of bond formation

La relación madre-bebé en la prematuridad extrema: un análisis sobre la formación de vínculos

Sarah Roberta Guimarães SALES¹  

Ladislau Ribeiro do NASCIMENTO²  

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, Departamento de Pediatria. Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Tocantins – UFT, Curso de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências e Saúde. Miracema do Tocantins, TO, Brasil.

Correspondência:

Sarah Roberta Guimarães Sales
salessarah65@gmail.com

Recebido: 25 mar. 2025

Revisado: 27 out. 2025

Aprovado: 16 dez. 2025

Aprovado para publicação:
29 jan. 2026

Como citar (APA):

Sales, S. R. G., & Nascimento, L. R. (2026). A relação mãe-bebê na prematuridade extrema: uma análise sobre a formação de vínculos. *Revista da SBPH*, 29, e008. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.844>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

O presente artigo teve como objetivo investigar a influência da prematuridade extrema na qualidade da relação mãe-bebê, nos primeiros meses de vida, com foco na formação do vínculo entre ambos. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura a partir do acesso às bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia – BVS-Psicologia e Periódicos em Psicologia – PePsic. Empregaram-se os descritores (i) prematuridade e (ii) psicologia. Adotaram-se como critérios de inclusão os artigos que abordassem a relação entre prematuridade e vínculo mãe-bebê, publicados em português entre 2003 e 2023. Foram excluídos os artigos em duplicidade, bem como aqueles em que a condição de prematuridade não se relacionava com o objeto deste estudo. Os resultados mostram que a prematuridade extrema impõe diversas barreiras ao processo de vinculação, especialmente devido à hospitalização prolongada em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN. A separação física entre mãe e bebê, a fragilidade do recém-nascido, e o ambiente hospitalar repleto de protocolos e de procedimentos técnicos necessários aos cuidados médicos, dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo inicial. O estudo ressalta a importância de intervenções humanizadas que promovam a aproximação entre mãe e bebê, auxiliando na criação de uma relação mais forte e segura. Conclui-se que a atenção multidisciplinar e o acolhimento emocional são fatores-chave para a promoção de uma maternidade mais saudável em casos de prematuridade extrema.

Descritores: Nascimento Prematuro; Relações Materno-Fetais; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Psicologia; Psicanálise.

Abstract

This article aimed to investigate the influence of extreme prematurity on the quality of the mother-infant relationship in the first months of life, focusing on the formation of their bond. To this end, a literature review was conducted using the databases Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences – LILACS, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, *Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia* – BVS-Psicologia, and *Periódicos em Psicologia* – PePsic. The descriptors used were (i) prematurity and (ii) psychology. Inclusion criteria comprised articles addressing the relationship between prematurity and the mother-infant bond, published in Portuguese between 2003 and 2023. Duplicate articles and those in which prematurity was not related to the study's objective were excluded. The results show that extreme prematurity imposes several barriers to the bonding process, particularly due to prolonged hospitalization in Neonatal Intensive Care Units – NICUs. Physical separation between mother and baby, the newborn's fragility, and the hospital environment, filled with protocols and technical procedures required for medical care, hinder the establishment of an initial emotional bond. The study highlights the importance of humanized interventions that promote mother-infant closeness, assisting in the development of a stronger and more secure relationship. It is concluded that multidisciplinary care and emotional support are key factors in fostering healthier motherhood experiences in cases of extreme prematurity.

Descriptors: Premature Birth; Maternal-Fetal Relations; Intensive Care Units, Neonatal; Psychology; Psychoanalysis.

Resumen

El presente artículo tuvo como objetivo investigar la influencia de la prematuridad extrema en la calidad de la relación madre-bebé, en los primeros meses de vida, con énfasis en la formación del vínculo entre ambos. Para ello, se realizó una revisión de la literatura a partir del acceso a las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud – LILACS, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, *Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia* – BVS-Psicologia y Periódicos en Psicología – PePsic. Se emplearon los descriptores (i) prematuridad y (ii) psicología. Se adoptaron como criterios de inclusión los artículos que abordaran la relación entre prematuridad y vínculo madre-bebé, publicados en portugués entre 2003 y 2023. Se excluyeron los artículos duplicados, así como aquellos en los que la condición de prematuridad no se relacionaba con el objeto de este estudio. Los resultados muestran que la prematuridad extrema impone diversas barreras al proceso de vinculación, especialmente debido a la hospitalización prolongada en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN. La separación física entre madre y bebé, la fragilidad del recién nacido y el entorno hospitalario, repleto de protocolos y procedimientos técnicos necesarios para los cuidados médicos, dificultan el establecimiento del vínculo afectivo inicial. El estudio destaca la importancia de intervenciones humanizadas que promuevan el acercamiento entre madre y bebé, contribuyendo a la creación de una relación más sólida y segura. Se concluye que la atención multidisciplinaria y el acompañamiento emocional son factores clave para la promoción de una maternidad más saludable en casos de prematuridad extrema.

Descritores: Nacimiento Prematuro; Relaciones Materno-Fetales; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Psicología; Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

Após o nascimento, o bebê enfrenta seu primeiro desafio: adaptar-se ao meio extrauterino utilizando apenas suas habilidades senso-perceptivas. Diante disso, a figura materna, em geral, exerce o papel de ajustar-se às demandas do bebê, proporcionando-lhe os estímulos necessários para integrá-lo ao ambiente (Silva & Braga, 2019). Dessa forma, prossegue o processo de vinculação mãe-bebê, iniciado ainda durante a gestação (Silva & Porto, 2016).

Entre as décadas de 1960 e 1980, o psiquiatra e psicanalista inglês Edward John Mostyn Bowlby (1969) formulou a Teoria do Apego – TA. Segundo esse referencial, impulsos inatos voltados à sobrevivência individual e da espécie levam os bebês a buscar o estabelecimento de vínculos com seus cuidadores, sendo, portanto, elementos fundamentais para a formação do apego, geralmente instaurado na relação de vinculação mãe-bebê (van der Horst, 2011). Posteriormente às primeiras formulações de Bowlby (1969), o estudo de Ainsworth et al. (1978) enriqueceu a TA ao demonstrar empiricamente que a sensibilidade e a responsividade maternas são determinantes para a formação de um apego seguro, ressaltando que a previsibilidade e a disponibilidade emocional da mãe constituem fatores protetores no desenvolvimento afetivo do bebê. Diante disso, o recém-nascido reage à atenção de seu cuidador quando este o envolve com proteção, gratificação e estimulação adequadas, permitindo, assim, o desenvolvimento do vínculo emocional entre ambos (Scortegagna et al., 2005).

Autores como Sá (2004), Feldman (2015, 2020) e Benoit (2004) descrevem o processo de formação do vínculo mãe-bebê em fases que se estendem do período pré-natal ao pós-parto, ressaltando a importância das experiências afetivas e da responsividade materna desde o início da vida. De acordo com Sá (2004), a vinculação mãe-bebê ocorre em três etapas, tendo o seu início durante a gestação. A primeira é a vinculação pré-natal, que ocorre na gravidez e se caracteriza pelas representações do bebê imaginário, que surgem de acordo com os desejos da imaginação parental. A segunda fase é definida como vinculação perinatal, que acontece no momento do parto e do pós-parto imediato, onde se dá o primeiro encontro da mãe com o bebê real e é possível vê-lo, tocá-lo e ouvi-lo. Já a última fase, denominada vinculação pós-natal, se estabelece através da capacidade da mãe para responder às necessidades do seu filho e do *feedback* deste ser satisfatório para ela (Sá, 2004).

Esta última fase se aproxima do fenômeno postulado por Winnicott (1945/1978) como **preocupação materno-primária**, definida como uma condição em que a mãe se inclina para atender às necessidades básicas do bebê de forma **suficientemente boa**. No entanto, a prematuridade extrema carrega consigo obstáculos que dificultam a realização das duas últimas etapas da vinculação mãe-bebê.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (1961), todo bebê que nasce com menos de 37 semanas de gestação e com peso inferior a 2,5kg é considerado prematuro ou pré-termo. Os bebês que nascem entre a 32ª e a 35ª semana de gestação são classificados como de risco, enquanto aqueles que nascem antes desse período são considerados de alto risco e com menores chances de sobrevivência (Vidal, 2011). Conforme dados do Ministério da Saúde (MS, 2023), o país está entre os dez com maiores índices de nascimentos prematuros, registrando aproximadamente 302 mil nascimentos de bebês com menos de 37 semanas de gestação, independentemente do peso.

O nascimento prematuro, não raro, está associado à hospitalização do bebê, devido aos problemas de saúde que este pode apresentar (Shaffer, 2005). Esse processo de hospitalização é um período complicado e angustiante para os pais e para o bebê, pois o vínculo e os cuidados iniciais que poderiam ocorrer de forma natural são dificultados pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN (Duarte et al., 2010).

A UTIN é uma unidade que fornece cuidados intensivos e especializados para recém-nascidos de alto risco, por meio da atuação de uma equipe qualificada para oferecer suporte e atendimento às necessidades físicas do bebê, garantindo maiores possibilidades de sobrevivência (Pedroso & Bousso, 2003). No entanto, apesar de ser um ambiente especializado, a equipe da UTIN trabalha de um modo mais pragmático, pautado na racionalidade, com pouco espaço para o estabelecimento de relações afetivas. Deste modo, surgem desafios para o suprimento daquelas demandas por afeto e acolhimento geralmente atribuídas à mãe, uma vez que a internação promove a separação mãe-bebê (Baseggio et al., 2017).

Enquanto não é possível essa aproximação, a mãe geralmente se encontra coberta de angústias geradas pela separação e pela iminência de morte do seu bebê. Com isso, a mesma desenvolve estratégias de defesa, apropriando-se daquele discurso que naquele momento é capaz de garantir a sobrevivência do seu filho, isto é, o discurso médico (Ferrari & Donelli, 2010). O cenário de hospitalização de um recém-nascido é, portanto, permeado por inseguranças que se inscrevem na história de vida desse ser que virá a ser um sujeito (Favaro et al., 2012). Nesse contexto, estudos demonstram que intervenções precoces que favoreçam o estabelecimento da relação mãe-bebê são imprescindíveis ao bom desenvolvimento da criança nascida pré-termo, outrossim, intervenções que permitem facilitar a elaboração do luto pelo parto prematuro e pelo bebê, que geralmente não é reconhecido pela mãe, também são essenciais (Mata et al., 2017).

Sendo assim, observando a importância da formação do vínculo mãe-bebê e o impacto nessa relação que o nascimento prematuro pode vir a ocasionar, o projeto de pesquisa propôs investigar a influência da prematuridade extrema na qualidade da relação mãe-bebê durante os primeiros meses de vida, com foco na formação do vínculo entre ambos.

Partimos do pressuposto de que a prematuridade extrema, ao interromper de forma abrupta o processo gestacional, dificulta a elaboração psíquica da maternidade e a passagem do bebê imaginado para o bebê real. Supõe-se que a separação precoce entre mãe e bebê e a hospitalização prolongada em UTIN interferem na instalação da preocupação materno-primária e, consequentemente, no estabelecimento do vínculo inicial. Considera-se ainda que intervenções precoces e humanizadas, que favoreçam a presença ativa da mãe e a construção de um espaço de escuta e acolhimento, podem contribuir para o fortalecimento da relação mãe-bebê e para o desenvolvimento afetivo e subjetivo da criança prematura.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão de literatura de caráter descritivo-analítico. Adotou-se a abordagem qualitativa com o objetivo de acessar uma

realidade que não é passível de quantificação (Minayo, 2001). A abordagem qualitativa “(. . .) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2001, p. 7).

Nesta revisão a primeira etapa caracterizou-se pela elaboração da pergunta norteadora, que indicou quais estudos seriam incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações a serem extraídas de cada estudo selecionado (Souza et al., 2010). Dessa forma, definiu-se a seguinte questão: “Quais são as influências da prematuridade extrema na formação do vínculo entre mãe e bebê?”. A partir dessa pergunta, buscou-se identificar os desafios que as mães de bebês prematuros enfrentam na formação de vínculos afetivos durante os primeiros meses de vida; descrever os fatores que afetam a qualidade da relação mãe-bebê em casos de prematuridade extrema, incluindo fatores médicos, emocionais e ambientais. Por fim, objetivou-se identificar ações promovidas pelas mães e profissionais de saúde, com o potencial para a promoção e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê em casos de prematuridade extrema.

A segunda etapa incluiu o levantamento da literatura por meio de uma busca ampla e diversificada em bases de dados, sendo definidos os critérios de inclusão e exclusão de artigos de forma a responder satisfatoriamente à pergunta norteadora desta pesquisa (Souza et al., 2010). A busca foi realizada nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia – BVS-Psicologia e Periódicos em Psicologia – PePsic, utilizando os seguintes descritores: (i) Prematuridade e (ii) Psicologia.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos de diferentes especialidades das áreas da Saúde e das Ciências Humanas, publicados em português, entre 2003 e 2023, que abordassem a relação entre prematuridade e vínculo mãe-bebê. Foram excluídos os artigos em duplicidade, além daqueles em que a condição de prematuridade não estava relacionada com o objeto deste estudo. Em um primeiro momento, efetuou-se a leitura dos títulos e, em alguns casos, dos resumos. Em seguida, os textos selecionados foram lidos, fichados e utilizados como referência para a produção de análises sobre o tema em questão.

RESULTADOS

O levantamento resultou em um total de trinta artigos potencialmente elegíveis. A partir do emprego dos critérios de inclusão e de exclusão, onze textos foram selecionados (Tabela 1). As publicações consideradas foram publicadas no intervalo entre 2006 e 2022.

Tabela 1. Referências selecionadas na revisão bibliográfica

nº	Título	Descritores	Base de dados	Ano de Publicação
1	Tecendo as redes de apoio na prematuridade	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2006
2	À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal	Prematuridade AND Psicologia	SciELO	2007
3	Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2010
4	Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2014
5	A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê	Prematuridade AND Psicologia	SciELO	2014
6	Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2017
7	Prematuridade e constituição subjetiva: considerações sobre atendimentos na unidade de terapia intensiva neonatal	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2017
8	Vivência de mães de prematuros no método mãe canguru	Prematuridade AND Psicologia	SciELO	2018
9	Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa	Prematuridade AND Psicologia	PePsic	2019
10	Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo: uma proposta de intervenção na UTI neonatal	Prematuridade AND Psicologia	LILACS	2019
11	Percepções de mães nutrizes ao vivenciarem a prematuridade na unidade de terapia intensiva neonatal	Prematuridade AND Psicologia	LILACS	2022

Notas: PePsic= Periódicos em Psicologia; SciELO= *Scientific Electronic Library Online*; LILACS= Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Observou-se maior concentração de publicações na última década, indicando crescente interesse na compreensão dos impactos da prematuridade sobre o vínculo mãe-bebê no contexto da Psicologia Hospitalar.

Quanto aos temas, os estudos se distribuíram em cinco eixos principais: (a) constituição psíquica e maternidade (3); (b) confronto entre bebê imaginado e bebê real (2); (c) vivências maternas e sentimentos de angústia diante da prematuridade (3); (d) desafios da UTIN para a presença materna e formação do vínculo (2); (e) intervenções humanizadas, como o Método Canguru e práticas de acolhimento (1). Essa organização permitiu visualizar não apenas o sofrimento materno diante da interrupção do ciclo gestacional, mas também a relevância de estratégias de cuidado que favoreçam a aproximação afetiva.

A partir da síntese realizada, os trabalhos foram submetidos aos procedimentos de análise, resultando no agrupamento de seis categorias temáticas: (1) a complexidade da maternidade: compreensão das dimensões psíquicas; (2) a constituição da maternidade: o confronto entre o bebê imaginado e o bebê real; (3) angústias e desafios na jornada da prematuridade; (4) a maternidade prematura: perspectivas e dificuldades na UTIN; (5) preocupação médico-primária: um caminho para a maternidade em meio às complexidades da prematuridade; (6) intervenções precoces e cuidado humanizado.

DISCUSSÃO

CATEGORIA 1: A COMPLEXIDADE DA MATERNIDADE: COMPREENSÃO DAS DIMENSÕES PSÍQUICAS

A maternidade constitui um momento complexo na vida da mulher, marcado por transformações na dinâmica psíquica decorrentes de alterações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais (Maldonado, 1992; Piccinini et al., 2004). Nesse contexto, pode ser compreendida como um período de crise, permeado por conflitos decisórios e por intensa carga emocional, os quais podem influenciar significativamente o estado de saúde mental da gestante.

Durante a gestação, a mulher revive aspectos de sua própria história para construir seu lugar materno e o espaço subjetivo destinado ao bebê (Ferrari et al., 2006). Nesse processo, destaca-se a dinâmica narcísica, que confere sentido ao corpo estranho em seu interior. Freud (1914/1992) descreve como os pais, especialmente a mãe, investem no filho de forma narcisista, estendendo seu próprio narcisismo primário. O bebê é idealizado e percebido como realização dos desejos inconscientes parentais, e esse investimento afetivo sustenta o vínculo inicial entre mãe e filho.

Por meio do que Freud denominou **enlaçamento narcísico**, os pais projetam no bebê suas próprias expectativas, fantasias e ideais (Freud, 1914/1992). As mudanças corporais maternas e os movimentos fetais são compreendidos a partir das construções imaginativas da gestante sobre si mesma e sobre o bebê que está por vir (Ferrari et al., 2006). O bebê, por sua vez, é percebido como um prolongamento dos pais - especialmente da mãe -, que, durante a gestação, revive aspectos de sua própria história infantil.

As expectativas e anseios em relação ao bebê e à capacidade de maternar manifestam-se em níveis conscientes e inconscientes, atravessando o eixo relacional que a gestante estabeleceu com sua própria mãe. Nesse processo, a mulher transita da condição de filha para a de filha e mãe, em um movimento de dupla identificação - com o que ela foi para sua mãe e com o que sua mãe foi para ela (Ferrari et al., 2006; Maldonado, 1992). Esse movimento narcísico possibilita que o bebê se torne um objeto privilegiado do investimento materno (Freud, 1914/1992).

Soifer (1980) destaca que a relação mãe-bebê, desde o início da gestação, é permeada por inseguranças, incertezas e sentimentos de amor e rejeição, relacionados às vivências persecutórias da gestante durante o conflito edípico. Para sustentar psicicamente o filho e favorecer seu impulso vital, a mulher precisa buscar internamente o desejo de ser mãe, associado à confiança que lhe permita constituir-se como dimensão alteritária para o bebê e responder às suas demandas de cuidado ao longo da gestação, puerpério e desenvolvimento infantil (Catão, 2004; Freire & Chatelard, 2009; Maldonado, 1992).

As dificuldades enfrentadas pela mulher podem estar associadas a vínculos prévios. Maldonado (1992) sugere que a dificuldade em levar a gestação a termo pode refletir falta de suporte na relação com sua própria mãe. Zalcberg (2003) associa a dificuldade a uma identificação excessiva com a posição de filha, dificultando a separação emocional da figura materna. Essa consistência relacional remete ao período pré-edípico, no qual a mãe representa a primeira figura de amor da menina (Freud, 1925/1996). A dificuldade em desvincular-se da mãe pode constituir uma forma de sustentação emocional ligada à identificação incompleta e à luta da mulher para assumir sua identidade materna (Freud, 1925/1996).

Todos esses elementos podem influenciar o processo de maternidade e gerar desafios na relação mãe-bebê. Durante a gestação, as condições psicológicas e físicas da mãe são fundamentais para que o feto experimente segurança. A sustentação da vida dependerá da capacidade dessa relação de produzir afeto e amor suficientes para superar as fantasias destrutivas que ameaçam o vínculo afetivo (Maldonado, 1992).

CATEGORIA 2: A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE: O CONFRONTO ENTRE O BEBÊ IMAGINADO E O BEBÊ REAL

Freud (1926/2014) destaca a relevância e a particularidade da relação mãe-bebê como essenciais para a estruturação do sujeito. "Há bem mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que nos faz crer a notável ruptura do ato do nascimento. O objeto psíquico materno substitui, para a criança, a situação biológica do feto" (Freud, 1926/2014, p. 80). Nesse ponto de sua obra, o autor faz referência ao processo pelo qual o bebê, ao nascer, transita da dependência biológica e física do ambiente uterino para uma dependência psíquica em relação à mãe, que, por meio do vínculo, lhe oferece condições de desenvolvimento psíquico análogas às que o útero proporcionava ao seu desenvolvimento físico.

Segundo Winnicott (1965/1993), o bom desenvolvimento emocional da criança depende das condições suficientemente boas, decorrentes da adaptação da mãe às demandas do filho. Esse processo é essencial já na gestação, quando a mãe começa a identificar-se com o bebê e a atribuir-lhe significados em sua fantasia. Winnicott (1988/2006) destaca que essas fantasias e representações sobre o bebê surgem antes e durante a gestação. Os pais idealizam um bebê perfeito e repleto de qualidades, e esse processo favorece o investimento afetivo parental, fundamental para a constituição do sujeito e para as futuras relações da criança (Ferrari & Donelli, 2010; Lebovici, 1987; Winnicott, 1965/1993).

No nascimento, ocorre o confronto entre o bebê imaginado pelos pais e o bebê real, pois, em geral, ele não corresponde exatamente às suas fantasias. Algo sempre escapa ao imaginário parental, mobilizando novas produções psíquicas (Donelli, 2003; Lebovici, 1987). Segundo Maldonado (1989), quando o bebê nasce a termo, os pais precisam adaptar-se ao bebê real, diferente do idealizado, desejando-o, reconhecendo-o como sujeito e investindo em seu desenvolvimento psicoafetivo. No caso do bebê prematuro, o processo de elaboração do luto pelo filho idealizado e de adaptação ao bebê real torna-se mais complexo. "É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações" (Maldonado, 1989, p. 42), o que pode dificultar o estabelecimento da relação inicial, fundamental ao processo constitutivo do bebê.

Nesse sentido, a prematuridade, por seu caráter repentino e pela interrupção abrupta do processo gestacional, reduz o tempo dos pais para elaborar e ajustar as representações

sobre o filho, dificultando a passagem do **bebê imaginário** para o **bebê real**. De modo semelhante, Väliaho et al. (2023) observaram que pais de bebês nascidos entre 23 e 24 semanas vivenciam intensos sentimentos de medo e ambivalência, evidenciando que o processo de vinculação se constrói sob condições de alta vulnerabilidade emocional e depende fortemente do suporte oferecido pela equipe da UTIN. Nesses casos, as promessas narcísicas do período gestacional permanecem em suspenso, antecipando e intensificando o luto pelo bebê ideal (Klaus & Kennel, 1992; Stern, 1997). Esse fenômeno dialoga com o que Freud (1917/1996), em “Luto e Melancolia”, descreve como o trabalho de luto: a tarefa dolorosa de desligar o afeto do objeto idealizado – neste caso, o bebê ideal – e redirecioná-lo ao objeto real. Assim, os pais precisam elaborar a perda do bebê idealizado para poder aceitar e investir no bebê real, o que torna esse processo mais doloroso e prolongado.

Sem conseguir processar essa transformação, a mãe do bebê prematuro encontra dificuldades na instalação da preocupação materno-primária postulada por Winnicott (1945/1978), definida como a capacidade de atender às necessidades básicas do bebê de forma **suficientemente boa**. Essa capacidade implica reconhecer e responder às demandas do bebê, oferecendo-lhe um ambiente seguro e amoroso, essencial ao seu desenvolvimento saudável, à constituição subjetiva e ao domínio das sensações próprias dessa fase inicial da vida. Além disso, o nascimento prematuro compromete a possibilidade de a mãe vivenciar a dupla identificação descrita por Ferrari et al. (2006) e Maldonado (1992), que lhe permitiria supor o que o filho demanda ao se colocar no lugar do bebê e, simultaneamente, acessar aspectos identificatórios do tempo em que ocupou o lugar de filha (Ferrari & Piccinini, 2010).

Nesse viés, a dificuldade em exercer a dupla identificação e a preocupação materno-primária, que oferecem ao bebê as condições necessárias ao desenvolvimento psíquico, pode repercutir no ambiente relacional afetivo entre mãe e filho, definido por Winnicott (1956/2000, 1988/2006) como *holding*. Por meio do *holding*, a mãe não apenas satisfaz as necessidades fisiológicas do bebê, mas também as afetivas, ao embalar, acariciar, olhar e tocar de forma apropriada (Winnicott, 1956/2000, 1988/2006). No entanto, a capacidade materna de atender a essas demandas é comprometida quando o recém-nascido é encaminhado à UTIN logo após o parto, o que impede a oferta dos cuidados primários essenciais ao desenvolvimento do bebê (Duarte et al., 2010). Essa condição dá origem a um bebê prematuro e a uma mãe prematura, constituídos a partir de uma gestação interrompida precocemente.

CATEGORIA 3: ANGÚSTIAS E DESAFIOS NA JORNADA DA PREMATURIDADE

Quando a gestação é interrompida precocemente, a mãe pode ser tomada por sentimentos de inferioridade e culpa, ligados à sensação de não ter levado a gestação a termo e de não ser capaz de exercer a maternidade (Baseggio et al., 2017). Esse sofrimento envolve ainda a busca de explicações para o nascimento prematuro e pode se manifestar como estresse pós-traumático, prejudicando a responsividade e a qualidade do vínculo mãe-bebê (Holditch-Davis et al., 2003; Lebovici, 1987). Aflição, impotência e desespero são intensificados pelo medo e pela culpa de deixar o bebê hospitalizado na UTIN, sob a constante ameaça de morte (Oliveira et al., 2013).

Os pais também vivenciam estranhamento ao ver o bebê pela primeira vez, deparando-se com um corpo pálido, magro e frágil, distante do bebê idealizado. “Feridos em seu narcisismo, os pais têm dificuldade em reconhecer como seu um

bebê distante de um ideal compartilhado e cultivado há vários anos” (Morsch & Braga, 2007, pp. 624-625). Esse estranhamento se relaciona ao conceito de “O Estranho” de Freud (1919/2006), quando algo que deveria ser familiar se torna desconhecido, gerando desconforto e angústia.

A separação precoce pelo parto e a hospitalização na UTIN dificultam o estabelecimento da relação inicial, essencial ao desenvolvimento do bebê, tornando essa fase angustiante para a tríade mãe, pai e filho (Ferrari & Donelli, 2010). O nascimento prematuro rompe abruptamente o processo de adaptação entre mãe e filho, impondo condições adversas ao exercício da maternagem e afetando a qualidade do vínculo afetivo inicial (Pontes & Cantillino, 2014; Lara & Kind, 2014).

Nesse contexto, lidar com um bebê que pode não sobreviver e que não pode ser plenamente reconhecido como seu, enfrentar a incapacidade de exercer funções maternas e adaptar-se ao ambiente da UTIN – seus equipamentos, tecnologia, procedimentos, protocolos e linguagem técnica da equipe – coloca a mãe na posição de substituta do filho, desencadeando sentimentos de inferioridade, impotência e fracasso (Lara & Kind, 2014).

Diante disso, a equipe da UTIN deve estar preparada para apoiar tanto o bebê quanto a mãe, considerando os diversos sentimentos que permeiam a hospitalização do prematuro. Apesar do medo da perda, a mãe precisa acreditar na recuperação do recém-nascido (Baseggio et al., 2017). Devido aos efeitos emocionais que acometem mães de bebês prematuros – e que podem fragilizar os cuidados básicos e afetivos oferecidos a seus filhos –, é imprescindível que elas recebam atenção e proteção adequada (Gomes et al., 1997; Martins et al., 2022).

CATEGORIA 4: A MATERNIDADE PREMATURA: PERSPECTIVAS E DIFICULDADES NA UTIN

O toque e o cuidado corporal possibilitam que a mãe elabore hipóteses a respeito dos comportamentos do seu filho, permitindo assim uma atitude de reconhecimento e antecipação. Ao se tratar de prematuros, geralmente o bebê é tomado como objeto de cuidados extremos que incluem, muitas vezes, a impossibilidade do toque e do olhar materno, em função das demandas prementes de manutenção da sua vida. Posto isso, supõe-se que essa impossibilidade do toque priva a mãe e o bebê de construir um laço pulsional (Ferrari & Donelli, 2010).

Além disso, a permanência do bebê na UTIN e na incubadora representa uma barreira adicional à interação inicial, gerando pensamentos ligados ao medo da perda, associados à fragilidade do pré-termo e ao uso de aparatos tecnológicos para sua sobrevivência (Debray, 1988). Tais restrições dificultam também o ato de nomeação, essencial para a sobrevivência subjetiva do bebê (Szejer, 1999).

Para o bebê, as representações são constituídas de acordo com as experiências ambientais e as relações vividas no contexto da hospitalização (Baseggio et al., 2017). Assim sendo, a UTIN, apesar de ser um lugar fundamental para a sobrevivência e cuidados de bebês prematuros durante os primeiros dias, semanas ou meses de vida, também pode vir a se tornar um ambiente hostil e afetar o desenvolvimento inicial desses bebês. Isso se dá pelo excesso de estímulos aos quais os bebês não estão preparados para lidar, como luzes fortes e contínuas, temperatura variada, sons de equipamentos, conversas constantes e procedimentos em que são submetidos, que

acabam interferindo no ciclo de sono e causando-lhes incômodo e dor. Além de ser um ambiente que não possui processos essenciais na vida inicial desses bebês, como a falta de uma mãe suficientemente boa que seja capaz de identificar e suprir tanto as necessidades fisiológicas quanto as necessidades afetivas do filho (Reichert et al., 2007).

Diante desse cenário, pesquisas internacionais têm buscado estratégias que favoreçam a presença e o toque materno como formas de humanizar o cuidado neonatal. Nessa perspectiva, McCarty et al. (2023) demonstraram que intervenções de toque e massagem administradas pela mãe em UTIN reduzem a ansiedade materna e fortalecem a aproximação afetiva, indicando que práticas simples podem minimizar os impactos emocionais da hospitalização sobre o vínculo mãe-bebê.

Toda essa rotina em que o pré-termo é submetido, além de afetar o seu desenvolvimento, faz com que os pais se sintam angustiados e inseguros devido à falta de conhecimento em relação ao quadro clínico do filho (Oliveira et al., 2013). Para a mãe, esse momento pode vir a se tornar bem mais complicado, porque muitas vezes ela não está bem emocionalmente e não se sente fisicamente capaz de interagir com o seu bebê. Diante dessa restrição na interação, a mãe tende a sofrer uma extrema ansiedade que pode dificultar ainda mais o contato com o filho, que não responde de modo satisfatório aos excessivos estímulos da mãe naquele momento (Klaus & Kennel, 1992; Scochi et al., 2003).

CATEGORIA 5: PREOCUPAÇÃO MÉDICO-PRIMÁRIA: UM CAMINHO PARA A MATERNIDADE EM MEIO ÀS COMPLEXIDADES DA PREMATURIDADE

De acordo com Pacheco et al., (2012), a maneira como a mãe toca o seu bebê influencia nas suas reações, pois a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver. Toques delicados, firmes ou sustentados podem beneficiar o bebê pré-termo. No entanto, a incubadora limita esse contato inicial, restringindo o toque às pontas dos dedos e impedindo a interação visual, comprometendo as respostas que essa interação poderia viabilizar (Winnicott, 1971/1975).

Dessa forma, muitas mães ocupam o que foi denominado por Agman et al. (1999) de estado de “preocupação médico-primária”, que acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal” (p. 27). Esse comportamento se caracteriza por mães que examinam minuciosamente o prontuário, dominam o funcionamento dos aparelhos conectados ao bebê e se apropriam do glossário médico para dialogar com a equipe. Para Agman et al. (1999), essa atitude por parte da mãe do bebê pré-termo parece ser exercida em detrimento de um olhar atento direcionado ao seu filho, onde a prioridade seria dedicar-se exclusivamente ao seu bebê e perceber suas competências e singularidades.

No entanto, conforme Morsch e Braga (2007), o estado de **preocupação médico-primária** não pode ser encarado como uma recusa da mãe ao desempenho da função materna. Pelo contrário, ao reunir todas as ferramentas para melhor compreender a situação médica do filho, essa mãe encontra meios de exercer uma maternagem que se encontra bloqueada devido às particularidades de um parto prematuro. A apropriação do discurso médico funciona como defesa, oferecendo à mãe referência para falar do bebê e reconhecê-lo, mesmo que ainda pouco conhecido (Mathelin, 1999).

Para a autora Wanderley (1999), pais de prematuros que utilizam termos técnicos para se referir ao seu filho são eficientes no cuidado diário do seu bebê; sabem das consequências

da prematuridade, dos danos que podem vir a ocasionar e das particularidades desse filho, revelando uma certa postura frente ao bebê e, conseqüentemente, ao exercício da maternidade. Assim, a preocupação médico-primária pode ser considerada um mecanismo de transição a ser utilizado pela mãe, em caminho à preocupação materno-primária, na medida em que diminui os obstáculos que dificultam as trocas afetivas entre mãe e bebê (Morsch & Braga, 2007).

CATEGORIA 6: INTERVENÇÕES PRECOSES E CUIDADO HUMANIZADO

Visto que o nascimento prematuro pode trazer riscos para a relação mãe-bebê, além de afetar o desenvolvimento infantil e a saúde mental das genitoras, faz-se necessário que a equipe multiprofissional de saúde realize intervenções precoces centradas no cuidado humanizado, individualizado e na família, com foco na promoção e no fortalecimento do vínculo mãe-bebê (Palazzi et al., 2019). Intervenções desse tipo devem oferecer apoio emocional, ambiente acolhedor e oportunidades para que pais desenvolvam habilidades na participação junto ao filho prematuro (Cleveland, 2008).

Gomes et al. (1997) destacam a necessidade de acolhimento para mães de prematuros, devido à intensa vivência psíquica que as faz sentirem-se isoladas em seu sofrimento. Nesse contexto, a atuação multiprofissional do psicólogo na UTIN é fundamental, pois esse profissional fornece suporte emocional, reassegura as mães quanto aos cuidados prestados aos filhos e medeia a comunicação entre mãe e equipe de saúde, contribuindo para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê (Szejer, 1999).

Nesse sentido, para que seja fornecida uma assistência mais direcionada e humanizada à genitora, é essencial que a equipe multiprofissional compreenda as percepções que essa mãe vivencia, a fim de que possa haver uma inserção gradativa dessas mães, sendo fundamental para que elas se sintam mais competentes no cuidado com os seus filhos. Desse modo, destaca-se a atuação dos profissionais de enfermagem como mediadores no processo de construção da autonomia materna para o cuidar (Cleveland, 2008).

Outrossim, é fundamental que a família do pré-termo conte com uma rede de apoio composta por amigas e relações familiares próximas, significativas para a mãe e/ou o pai, estabelecendo vínculos de empatia que ofereçam suporte emocional e estimulem a formação do vínculo com o bebê (Andreani et al., 2006). Uma parceria significativa neste momento são os avós, que podem exercer a chamada “maternagem ampliada”, apoiando tanto os pais quanto o bebê (Braga et al., 2001), enquanto o pai auxilia a mãe a ampliar a percepção do mundo fora da UTIN e oferece um holding à díade mãe-bebê (Winnicott, 1956/2000, 1988/2006). Espaços de escuta e troca entre pais de prematuros, mediados pela equipe, funcionam como fonte de conforto, suporte emocional e fortalecimento do vínculo (Linhares et al., 1999).

Para viabilizar contato precoce e fortalecer o vínculo afetivo, o Método Mãe Canguru – MMC tem sido implantado nas UTIN, permitindo maior participação materna nos cuidados pelo contato pele a pele (Menezes et al., 2014). Evidências apontam que o MMC reduz o tempo de internação, humaniza a assistência, estimula o aleitamento e favorece o vínculo mãe-bebê (Cardoso et al., 2006; Viana et al., 2018).

Dentre tantas intervenções, a musicoterapia e a estimulação musical também foram difundidas nas UTIN, uma vez que o sistema auditivo é um dos primeiros a se desenvolver no feto (Palazzi et al., 2019). Esse método consiste na estimulação auditiva e musical baseada no canto materno e nos sons do ambiente intrauterino

(Haslbeck, 2012). Evidências comprovam que o canto materno consegue engajar mais a atenção do bebê, favorece a comunicação afetiva e fortalece o vínculo mãe-bebê (Palazzi et al., 2019).

Por fim, considera-se a importância de outras práticas de humanização da UTIN, como reorganização das rotinas, procedimentos e estrutura física com o potencial para reduzir estímulos excessivos, promovendo desenvolvimento biopsicoafetivo saudável da díade e favorecendo a construção do vínculo (Corrêa et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho analisou a influência da prematuridade extrema na qualidade da relação mãe-bebê durante os primeiros meses de vida, com foco na formação do vínculo entre ambos. A partir da revisão da literatura, identificou-se que essa relação é prejudicada pela separação precoce decorrente do parto e pela hospitalização prolongada em UTIN. Nesse contexto, diversas barreiras dificultam a interação e a proximidade entre mãe e bebê, justamente em um período crucial para a constituição do aparelho psíquico da criança. Assim, ressalta-se a importância do investimento afetivo parental e da construção de vínculos na díade mãe-bebê para o desenvolvimento infantil e sua constituição subjetiva.

Os estudos analisados evidenciam numerosos desafios vivenciados pelas mães diante da prematuridade e da internação de seus filhos, sendo esse um período marcado por sentimentos de culpa, angústia, estranhamento e medo, que afetam não apenas o vínculo com o bebê, mas também a relação da mãe consigo mesma. Elaborar as experiências subjetivas do nascimento pré-termo, incluindo as diferenças entre o imaginado e o real mostra-se um processo doloroso, exigindo tempo psíquico e suporte adequado. Nesse sentido, destaca-se a relevância de intervenções precoces que favoreçam a elaboração do luto pelo bebê idealizado e promovam novas formas de identificação com o bebê real, bem como práticas que minimizem os efeitos da hospitalização sobre o desenvolvimento da criança.

Dessa maneira, os resultados apontam para a necessidade de um cuidado humanizado e interdisciplinar, que acolha e apoie tanto a mãe quanto o bebê, reconhecendo os impactos subjetivos da prematuridade. Iniciativas voltadas à ambientação da UTIN, ao fortalecimento da presença materna, ao suporte emocional e à participação da rede de apoio mostram-se fundamentais para a promoção de um vínculo mais seguro e saudável.

Todavia, é importante reconhecer as limitações deste estudo. O recorte temporal (2003–2023) e a seleção de publicações apenas em língua portuguesa podem ter restringido a inclusão de pesquisas internacionais relevantes. Além disso, a escassez de estudos empíricos sobre a prematuridade extrema limita a generalização dos achados, indicando a necessidade de futuras investigações que integrem abordagens quantitativas e qualitativas, com amostras diversificadas e contextos multiculturais.

Espera-se que este estudo contribua para um olhar mais atento e sensível dos profissionais de saúde, oferecendo subsídios para práticas que humanizem o cuidado neonatal e favoreçam o desenvolvimento de uma relação mãe-bebê sólida, contínua e afetivamente nutrida.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: SRGS, LRN; **coleta de dados:** SRGS; **análise dos dados:** SRGS, LRN; **redação do manuscrito:** SRGS; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** SRGS, LRN.

REFERÊNCIAS

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17–34). Ágalma.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Andreani, G., Custódio, Z. A. O., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, (24), 115–126. Recuperado em 20 de janeiro de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011.
- Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. M. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, 25(1), 153–167. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-10>.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics and Child Health*, 9(8), 541–545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1, Attachment). The Hogarth Press.
- Braga, M. C. A., Morsch, D. S., Lopes, J. M. A., & Carvalho, M. (2001). Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 37(7), 312–317.
- Cardoso, A. C. A., Romiti, R., Ramos, J. L. A., Issler, H., Grassiotto, C., & Sanches, M. T. C. (2006). Método mãe-canguru: aspectos atuais. *Pediatria (São Paulo)*, 28(2), 128–134.
- Catão, M. F. F. (2004). *Psicodinâmica da maternidade*. Casa do Psicólogo.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 37(6), 666–691. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>.
- Corrêa, Á. C. P., Arruda, T. M., Mandú, E. N. T., Teixeira, R. C., & Arantes, R. B. (2010). Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 728–735. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i4.13825>.
- Debray, R. (1988). *A criança do espelho: ensaios psicanalíticos sobre a criança*. Francisco Alves.
- Donelli, T. M. S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/10183/4122>.
- Duarte, A. S., Santos, W. S., Silva, L. D. B., Oliveira, J. D., & Sampaio, K. J. J. (2010). Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. *Revista Rene*, 11 (3), 162–170. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20100003000017>.
- Favaro, M. S. F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3), 457–465. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>.
- Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Neurosciences*, 38(6), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>.
- Feldman, R. (2020). What is resilience: an affiliative neuroscience approach. *World Psychiatry*, 19(2), 132–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20729>.
- Ferrari, A. G., & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106–112. <https://doi.org/10.4013/4567>.

- Ferrari, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. *Ágora, Estudos em Teoria Psicanalítica*, 13(2), 243–257. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982010000200007>.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. *Psico*, 37(3), 271–278. Recuperado em 21 de janeiro, de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/1448>.
- Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável?. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007–1022. Recuperado em 21 de janeiro de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012.
- Freud, S. (1992). Introducción del narcisismo. In *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: trabajos sobre metapsicología y otras obras* (Obras completas, Vol. 14, pp. 65–98, J. L. Etcheverry, Trad.). Amorrortu. [Trabalho original publicado em 1914].
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *O ego e o id e outros trabalhos* (Obras completas, Vol. 19, pp. 277–287). Imago [Trabalho original publicado em 1925].
- Freud, S. (1996). *Luto e melancolia* (Obras completas, Vol. 14). Imago. [Trabalho original publicado em 1917].
- Freud, S. (2006). O estranho. In *História de uma neurose infantil e outros trabalhos* (Obras completas, Vol. 17, pp. 237–270, J. Salomão, Trad.). Imago. [Trabalho original publicado em 1919].
- Freud, S. (2014). *Inibição, sintoma e angústia*. Companhia das Letras. [Trabalho original publicado em 1926].
- Gomes, A. L. H., Quayle, J., Neder, M., Leone, C. R., & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 8(4), 205–208.
- Haslbeck, F. B. (2012). Music therapy for premature infants and their parents: an integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 203–226. <https://doi.org/10.1080/08098131.2011.648653>.
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T. R., Blickman, A. L., & Miles, M. S. (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0884217503252035>.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). *Pais bebês: a formação do apego*. Artes Médicas.
- Lara, K. L., & Kind, L. (2014). Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 575–585. <https://doi.org/10.1590/1413-73722157901>.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Artes Médicas.
- Linhares, M. B. M., Arvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., & Jorge, S. M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500g: na UTI-neonatal e no segmento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7(3), 245–262. Recuperado em 21 de janeiro de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-389X19990003&lng=pt&nrm=i.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade*. Vozes.
- Maldonado, M. T. (1992). Psicossomática e obstetrícia. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 208–214). Artes Médicas.
- Martins, M. C., Boeckmann, L. M. M., Melo, M. C., Moura, A. S., Morais, R. C. M., Mazoni, S. R., & Griboski, R. A. (2022). Percepções de mães nutrizes ao vivenciarem a prematuridade na unidade de terapia intensiva neonatal. *Cogitare Enfermagem*, 27, e80125. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125>.
- Mata, G. D., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2017). Prematuridade e constituição subjetiva: considerações sobre atendimentos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Estilos da Clínica*, 22(3), 428–441. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i3p428-441>.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Companhia de Freud.

- McCarty, D., Willett, S., Kimmel, M., & Dusing, S. C. (2023). Benefits of maternally-administered infant massage for mothers of hospitalized preterm infants: a scoping review. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 9(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40748-023-00151-7>.
- Menezes, M. A. D. S., Garcia, D. C., Melo, E. V., & Cipolotti, R. (2014). Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: Avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(2), 171–177. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432213113>.
- Minayo, M. C. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (18a ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde (BR). (2023). *Ministério da Saúde lança campanha Novembro Roxo de prevenção à prematuridade*. Recuperado em 20 de janeiro de 2026, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-novembro-roxo-de-prevencao-a-prematuridade>.
- 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. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400005>.
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46–53. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.
- Organização Mundial da Saúde. (1961). *Classificação dos nascimentos prematuros e definição de baixo peso ao nascer*.
- Pacheco, S. T. A., Silva, A. M., Lioi, A., & Rodrigues, T. A. F. (2012). O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. *Revista de Enfermagem UERJ*, 20(3), 306–311. Recuperado em 21 de janeiro de 2026, de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/3150>.
- Palazzi, A., Meschini, R., & Piccinini, C. A. (2019). Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo: uma proposta de intervenção na UTI neonatal. *Psicologia em Estudo*, 24, e41123. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.41123>. Errata em <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.41123a>.
- Pedroso, G. E. R., & Bousso, R. S. (2003). O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2(2), 123–129. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v2i2.5533>.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 20(3), 223–232. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>.
- Pontes, G. A. R., & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 290–298. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000037>.
- Reichert, A. P. S., Lins, R. N. P., & Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 200–213. <https://doi.org/10.5216/ree.v9i1.7148>.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebê*. Fim de Século.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539–543. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400018>.
- 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 de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 61–70. Recuperado em 21 de janeiro de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200008.
- Shaffer, D. R. (2005). *Desenvolvimento e personalidade da criança* (6a ed.). Pioneira Thomson Learning.
- Silva, B. A. A., & Braga, L. P. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, 22(1), 258–279. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.191>.

- Silva, R. S., & Porto, M. C. (2016). A importância da interação mãe-bebê. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 20(2), 73–78. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2016v20n2p73-78>.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade*. Artes Médicas.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Casa do Psicólogo.
- Väliaho, T., Lehtonen, L., Axelin, A., & Korja, R. (2023). Parental narratives of bonding and relational experiences with preterm infants born at 23 to 24 weeks of gestation. *Children*, 10(5), 793. <https://doi.org/10.3390/children10050793>.
- van der Horst, F. C. (2011). John Bowlby: from psychoanalysis to ethology: unravelling the roots of attachment theory. John Wiley & Sons.
- Viana, M. R. P., Araújo, L. A. N., Sales, M. C. V., & Magalhães, J. M. (2018). Vivência de mães de prematuros no método mãe canguru. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamento Online*, 10(3), 690–695. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.690-695>.
- Vidal, M. (2011). Alta hospitalar e reinternação de bebê prematuro: uma reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde. *Mental*, 9(17), 537–558. Recuperado em 21 de janeiro de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200003.
- Wanderley, D. B. (1999). Agora eu era o rei. In D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 141–151). Ágalma.
- Winnicott, D. (1978). *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Francisco Alves. [Trabalho original publicado em 1945].
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago. [Trabalho original publicado em 1971].
- Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes. [Trabalho original publicado em 1965].
- Winnicott, D. W. (2000). *A preocupação materna primária*. Imago. [Trabalho original publicado em 1956].
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães* (3a ed.). Martins Fontes. [Trabalho original publicado em 1988].
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. Elsevier.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias