

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)**

MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRAÇA

**APOIO SOCIAL PARA MULHERES MÃES DE BEBÊS PREMATUROS EM
SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**MANAUS - AM
2021**

MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRAÇA

**APOIO SOCIAL PARA MULHERES MÃES DE BEBÊS PREMATUROS EM
SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Psicológicos e de Saúde.

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ

MANAUS-AM
2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

G785a Graça, Maria Eduarda de Oliveira Gouveia
Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em
situação de internação hospitalar / Maria Eduarda de Oliveira
Gouveia Graça . 2021
155 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Denise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Maternidade. 2. Prematuridade. 3. Apoio Social . 4. Rede
Social Significativa. I. Gutierrez, Denise Machado Duran. II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRAÇA

“Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar.”


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na **Linha de Processos Psicológicos e Saúde.**

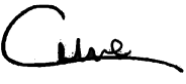
Aprovado em 26 de julho de 2021.



BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Denise Machado Duran Gutierrez
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof.^a Dr.^a Consuelena Lopes Leitão
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido chegar ao Mestrado e me dado força e coragem para concluí-lo com êxito em meio a tantas mudanças e desafios;

Ao meu marido Gustavo, que esteve ao meu lado em todas as etapas, inclusive quando o Mestrado ainda era somente um sonho. Seu apoio incondicional, doação, cuidado, generosidade e calma foram essenciais e me fortaleceram nesse processo;

Aos meus pais que sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos e me apoiaram. Suas palavras sempre cheias de amor e sabedoria ficam gravadas em mim, me transformam e me impulsionam pro melhor;

À minha irmã por sempre torcer e vibrar com minhas conquistas;

Aos meus padrinhos, primo Rhaynnan e afilhado Rhennan por estarem ao meu lado, sempre disponíveis e cheios de amor;

À minha sogra que sempre acreditou e torceu por mim, seu apoio é muito importante;

Aos meus amigos, em especial, Aline, Leticia e Marcelo que foram indispensáveis nessa fase, compartilhando suas experiências com o Mestrado, ajudando com suas palavras e me fortalecendo com sua amizade;

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Denise Gutierrez primeiramente pela oportunidade de trabalhar com ela nesse projeto, por ter acolhido as minhas inquietações que derivaram essa pesquisa e por toda a orientação e conhecimento compartilhado;

A todos os professores do PPGPSI que contribuíram para a minha formação e aos colegas mestrandos por tantas trocas incríveis, em especial Maura e Alexandre;

Agradeço especialmente às mulheres, participantes da pesquisa, que me permitiram entrar em contato com suas experiências mais íntimas, que me compartilharam suas dores, medos e dúvidas, mas também me inspiraram com sua força e superação. Sem elas, o desenvolvimento dessa pesquisa não seria possível.

RESUMO

A prematuridade é considerada um sério problema de saúde pública. O alto índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no Brasil está relacionado a um elevado percentual de mortalidade neonatal, sendo essa temática foco do Ministério da Saúde. A vivência da maternidade envolve diversas mudanças e quando a prematuridade e a necessidade de internação do bebê surgem como problemas inesperados, pode-se desencadear uma crise para a mãe e família. Nesse contexto, o Apoio Social pode ser considerado fator importante que influencia a vivência das mães de bebês prematuros. Esta pesquisa teve como objetivo compreender a importância do Apoio Social para mães de recém-nascidos prematuros internados em uma Maternidade do município de Manaus-AM. De forma mais específica, buscou-se: identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para essas mulheres e seu impacto na vivência da problemática; caracterizar a Rede Social Significativa dessa população em termos de suas dimensões constitutivas; e analisar como a rede pública de saúde pode se constituir como fonte de Apoio Social para essas mulheres. Como metodologia, foi desenvolvida uma pesquisa mista, integrando métodos qualitativos e quantitativos. Para coleta de dados foram utilizados: levantamento de dados sociodemográficos; entrevista semiestruturada; e Mapa Mínimo de Relações. Participaram da pesquisa seis mães de bebês prematuros que estavam internados na Maternidade Azilda da Silva Marreiro. A análise de dados qualitativos foi feita com base na Análise de Conteúdo sob a perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. A análise dos dados quantitativos foi embasada na Teoria das Redes Sociais. Como resultados, a revisão de literatura realizada apontou que o Apoio Social desempenha um papel de manutenção da saúde mental das mães, é um fator importante no enfrentamento da experiência de internação e, ainda, que a atuação da equipe de saúde é considerada uma fonte significativa de Apoio Social. Os resultados das entrevistas semiestruturadas mostraram que o Apoio Emocional, Material e Informacional foram funções importantes destacadas pelas participantes, sendo a Família e a Equipe de Saúde as principais fontes de Apoio Social. Situações que se configuraram como falta de Apoio Social impactaram negativamente na experiência da internação. A UBS foi descrita como o serviço da rede pública de saúde ao qual as participantes têm mais acesso. A análise dos MMRs mostrou que a maior parte dos vínculos significativos estão dispostos no quadrante Família e Relações Comunitárias, que inclui os profissionais de saúde. Apoio Emocional foi a função mais assinalada pelas participantes. Dos vínculos familiares, os quais desempenham maior quantidade de funções, a Ajuda Material e de Serviços teve maior evidência. Dos vínculos representados de profissionais de saúde, a função com maior destaque foi a de Apoio Emocional e a maior frequência dos contatos também acontece com esse grupo. Como conclusão, a pesquisa mostra que o Apoio Social tem um importante papel na vivência das mulheres mães de bebês prematuros, auxiliando no enfrentamento da problemática apresentada. É imprescindível a conscientização e preparo dos profissionais de saúde para fornecer Apoio Social adequado e assim estabelecer uma prática humanizada, qualificada e focada nas necessidades desse público.

Palavras-chave: Maternidade, Prematuridade, Apoio Social, Rede Social Significativa.

ABSTRACT

Prematurity is considered a serious public health problem. The high rate of low birth weight newborns in Brazil is related to a high percentage of neonatal mortality, and this theme is the focus of the Ministry of Health. The experience of motherhood involves several changes and when prematurity and the need for hospitalization of the baby arise as an unexpected problem, it can trigger a crisis for the mother and family. In this context, Social Support can be considered an important factor that influences the experience of mothers of premature babies. This research aimed to understand the importance of Social Support for mothers of premature newborns admitted to a Maternity Hospital in the city of Manaus-AM. More specifically, it sought to: identify the dimensions of Social Support that are most relevant to these women and their impact on the experience of the problem; characterize the Meaningful Social Network of this population in terms of its constitutive dimensions; and analyze how the public health network can be a source of Social Support for these women. As a methodology, mixed research was developed, integrating qualitative and quantitative methods. For data collection were used: a survey of sociodemographic data; a semi-structured interview; and a Minimum Relationship Map. Six mothers of premature babies who were hospitalized at the Maternity Azilda da Silva Marreiro participated in the research. Qualitative data analysis was based on Content Analysis from the perspective of Historical-Cultural Psychology. The analysis of quantitative data was based on the Theory of Social Networks. As a result, the literature review carried out indicated that Social Support plays a role in maintaining the mental health of mothers, it is an important factor in coping with the hospitalization experience, and that the role of the health team is considered a significant source. of Social Support. The results of the semi-structured interviews showed that Emotional, Material and Informational Support were important functions highlighted by the participants, with the Family and the Health Team as the main sources of Social Support. Situations configured as lack of Social Support negatively impacted the hospitalization experience. The UBS was described as the public health network service to which the participants have more access. The analysis of the MMRs showed that most of the significant bonds are arranged in the Family and Community Relations quadrant, which includes health professionals. Emotional Support was the function most highlighted by the participants. Of the family ties, which perform a greater number of functions, Material and Services Help was more evident. Of the bonds represented by health professionals, the most prominent function was Emotional Support and the highest frequency of contacts also happens with this group. In conclusion, the research shows that Social Support has an important role in the experience of women who are mothers of premature babies, helping to deal with the problem presented. It is essential to raise awareness and prepare health professionals to provide adequate Social Support and thus establish a humanized practice, qualified and focused on the needs of this public.

Key words: Maternity, Prematurity, Social Support, Significant Social Network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização dos artigos quanto ao ano de publicação, autores, título, fonte, país, tipo de estudo e amostra.....	51
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das participantes.....	66
Tabela 3 - Dados sobre gestação, pré-natal e parto.....	67
Tabela 4 - Funções dos Vínculos da Participante 1	103
Tabela 5 - Funções dos Vínculos da Participante 2	106
Tabela 6 - Funções dos Vínculos da Participante 3	109
Tabela 7 - Funções dos Vínculos da Participante 4	112
Tabela 8 - Funções dos Vínculos da Participante 5	115
Tabela 9 - Funções dos Vínculos da Participante 6	118
Tabela 10 - Quantidade de vínculos de acordo com os quadrantes	119
Tabela 11 - Funções dos vínculos de acordo com os Quadrantes.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Legenda de Cores.....	45
Figura 2 - Mapa Mínimo de Relações (MMR).....	99
Figura 3 - MMR da Participante 1.....	101
Figura 4 - MMR da Participante 2.....	105
Figura 5 - MMR da Participante 3.....	108
Figura 6 - MMR da Participante 4.....	111
Figura 7 - MMR da Participante 5.....	113
Figura 8 - MMR da Participante 6.....	117

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MARCO TEÓRICO.....	19
2.1	Maternidade e Prematuridade.....	19
2.2	Apoio Social e Rede Social Significativa.....	22
2.3	Psicologia Histórico-Cultural	28
2.4	Políticas Públicas de Saúde destinados a essa população	31
3	MARCO METODOLÓGICO.....	36
3.1	Natureza da Pesquisa	36
3.2	Contextualização da Pesquisa	37
3.2.1	Participantes	37
3.2.2	Local da pesquisa	38
3.2.3	Instrumentos de coleta.....	40
3.3	Operacionalização	42
3.3.1	Procedimentos para coleta de dados	42
3.3.2	Procedimentos para análise dos dados	43
3.4	Considerações éticas.....	46
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	47
4.1	O papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade: uma revisão de literatura	48
4.1.1	Introdução.....	48
4.1.2	Método.....	49
4.1.3	Resultados	49
4.1.4	Discussão.....	55
4.1.5	Considerações finais.....	57
4.1.6	Referências	57
4.2	A importância do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar	61
4.2.1	Introdução.....	61

4.2.2	Metodologia.....	63
4.2.3	Resultados e discussão	65
4.2.4	Considerações finais.....	90
4.2.5	Referências.....	91
4.3	Compreendendo as Redes Sociais Significativas de mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade de Manaus-AM	94
4.3.1	Introdução.....	94
4.3.2	Metodologia.....	97
4.3.3	Resultados e discussão	100
4.3.4	Considerações finais.....	125
4.3.5	Referências.....	126
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	139
	APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	139
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	140
	APÊNDICE C – QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS..	141
	APÊNDICE D – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR).....	142
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	143
	ANEXOS.....	145
	ANEXO I - MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR).....	145
	ANEXO II – LEGENDA DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS	146
	ANEXO III – OSTRAS DE CORES.....	147
	ANEXO IV – TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA.....	148
	ANEXO V – TERMO DE ANUÊNCIA DO LOCAL DA PESQUISA.....	149
	ANEXO VI – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	150

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade tem sido um assunto amplamente estudado pelos diversos profissionais da área de saúde. Sua relevância se dá pelo elevado índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no Brasil, o que constitui um sério problema de saúde e representa um alto percentual de mortalidade neonatal, além das questões médicas e sociais decorrentes desse problema (BRASIL, 2011).

Dados da maior pesquisa nacional já feita sobre gestações e nascimentos, a “Nascer Brasil”, apontam que aproximadamente 11,3% do total de nascimentos do Brasil entre 2011 e 2012 foram prematuros (PEREIRA *et al.*, 2014). Em relação a taxa de mortalidade neonatal estima-se 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo a prematuridade a maior causa de morte neonatal, respondendo por cerca de 1/3 dos casos (LANSKY *et al.*, 2014). Diante dessas taxas elevadas, o atendimento perinatal tem sido foco prioritário do Ministério da Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta em relatório recente “*Survive and Thrive: Transforming care for every small and sick newborn*” divulgado em 2018 que a cada ano 30 milhões de recém-nascidos necessitam de cuidados especializados ou intensivos em hospital, sendo grande parte em decorrência de complicações da prematuridade. O relatório mostra ainda que em 2017, cerca de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida e aproximadamente dois terços deles nasceram prematuros e 80% com baixo peso ao nascer. Esse documento, então, é um alerta para a necessidade de investir em cuidados neonatais de qualidade e demonstra a importância de uma maior atenção sobre a temática da prematuridade.

O recém-nascido é considerado prematuro ou pré-termo quando nasce antes da 37ª semana de gestação (BRASIL, 1994). Além disso, ele ainda pode ser classificado de acordo com o peso ao nascer: baixo peso, com menos de 2.500 gramas, muito baixo peso, com menos de 1.500 gramas e extremamente baixo peso, que apresentam peso inferior a 1.000 gramas, os quais se encontram em extrema vulnerabilidade. Neste estudo foi focado a abordagem de mulheres com filhos que nasceram antes de completar as 37 semanas de gestação, sem especificar necessariamente o peso no momento do nascimento, pois nas diversas pesquisas sobre o tema esse recorte não tem sido muito utilizado, além de não ter sido apontado como uma influência direta na vivência da maternidade na situação de prematuridade.

Desde a gravidez, a mulher passa por transformações significativas que abrangem os aspectos emocionais, psíquicos, físicos, hormonais, sociais e familiares. Em meio aos enjoos, o aumento do sono, a elevação do apetite e mudanças no corpo, alterações mais comuns durante

a gestação, a mulher ainda se depara com a hipersensibilidade emocional, a ambivalência afetiva, medos e dúvidas decorrentes desse período crítico (MALDONADO, 2017). A vivência do parto, do inesperado, do novo, vem ainda, segundo Bortoletti (2007), como depositário de angústia da gestante, revelando o medo em relação às mudanças da vida que se dará após o nascimento do bebê.

Apesar de todas essas transformações desde a concepção do feto, o puerpério é considerado a fase mais delicada de todo esse processo, onde a mulher está ainda mais sensível a essas mudanças e a labilidade emocional é exacerbada. Maldonado (2017) afirma que o puerpério é um período de transformação, que acarreta novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho e grandes variações da rotina e do relacionamento familiar. Esse é o momento em que a mulher vai assumir concretamente a maternidade e pode ser permeado pela insegurança e apreensão pelos novos desafios que virão.

Quando esse processo ainda é acrescido pela especificidade de um parto prematuro e a necessidade de internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal, a vivência pode tornar-se traumática e estabelece-se uma crise para os pacientes, pais e familiares. Além das adaptações descritas anteriormente, a nova mãe terá um período puerperal diferenciado com o parto antecipado, que rompe com seus projetos e desejos, desconstruindo uma situação idealizada (SCARABEL, 2011).

Segundo Chiattonne (2007), nessas situações, o vínculo entre mãe e filho é rompido abrupta e inesperadamente e a mãe precisa fazer significativo esforço para vincular-se a um bebê que nasceu antes do tempo determinado. Assim, o autor afirma que ambos se encontram incompletos, por terem sido separados precocemente.

Diante desse contexto, acrescenta-se, ainda, a vivência da internação em uma Unidade Neonatal, a qual suscita diversos sentimentos e conteúdos psíquicos, sendo muitas vezes um ambiente assustador e ameaçador para os pais. Como instituição, o ambiente das Unidades Neonatais possui as suas especificidades, regras, rotinas, tecnologias, instrumentos e aparelhos que muitas vezes não são de conhecimento dos pais, tornando-se mais uma experiência nova pra eles. Ao se depararem com esse ambiente, os pais encontram seu bebê quase “invisível”, cercado pelos aparelhos, e assim, torna-se mais difícil reconhecê-lo como sujeito (FAVARATO e GAGLIANI, 2012).

Muitas mulheres que acompanham seu filho em situação de internação em Unidade Neonatal, permanecem em situação de acolhimento nas instituições até sua alta, podendo configurar, assim, um extenso tempo de hospitalização, o que intensifica o desequilíbrio psicológico e o estresse. Outra questão apontada por Favarato e Gagliani (2012) é a

preocupação com os demais filhos que ficam em casa, o que causa sentimento de culpa e impotência por não saber lidar com essa situação.

Além disso, Ferrari e Donelli (2010) apontam estudos que mostram que crianças nascidas prematuramente e com muito baixo peso podem vir a apresentar deficiências cognitivas, problemas de desempenho escolar, dificuldades de comportamento, atrasos de linguagem, de desenvolvimento motor, cognitivo e social, porém tais alterações podem ser amenizadas pelas características socioambientais em que os bebês se encontram. Assim, segundo os autores citados, o enfrentamento materno em relação à prematuridade e a readaptação da mãe a esta situação inesperada são indicados como características fundamentais que amenizam o impacto da prematuridade.

De acordo com o exposto, estudos fazem referência a relação entre o estado psicológico materno e o desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros, investigando questões como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, depressão pós-parto, entre outros. Bozkurt *et al.* (2017) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de investigar as relações de depressão e ansiedade materna com os resultados do desenvolvimento neurológico de bebês prematuros com idade gestacional menor que 32 semanas. O estudo concluiu que a depressão materna está associada negativamente ao neurodesenvolvimento dos recém-nascidos investigados e que por isso, o bem-estar psicológico materno deve ser um ponto a ser considerado no acompanhamento a longo prazo desses bebês.

Nesse sentido, Greene *et al.* (2017) focaram sua investigação sobre a percepção de vulnerabilidade dos bebês prematuros e tiveram como resultados que a percepção parental da vulnerabilidade da criança medida aos 4 meses de idade corrigida associou-se à escores mais baixos de linguagem aos 20 meses de idade corrigida da criança. Esse achado reforça, assim, a necessidade de intervenções que visem reduzir a percepção parental de vulnerabilidade da criança durante internação na UTIN, sendo importante para isso o apoio e acompanhamento desse grupo de pessoas.

Além disso, como mostram Ionio *et al.* (2016), pais de bebês prematuros, em particular mães, correm o risco de desenvolver níveis mais altos de ansiedade, depressão, raiva e estresse. Esses fatores podem ter efeitos a longo prazo na qualidade das interações entre pais e bebês e, por isso, os estudiosos referidos apontam a importância de apoiar pais de crianças prematuras desde o primeiro momento após o nascimento a fim de reduzir possíveis consequências negativas aos bebês prematuros. Ainda, de forma complementar, Neri *et al.* (2017) apontam que a gravidade da prematuridade em interação com o grau de sofrimento e sensibilidade materna pode influenciar no nível de desenvolvimento infantil.

Como vimos, diversos estudos apontam as relações entre aspectos psicossociais e vivências subjetivas das mães e resultados em saúde abordando inclusive aspectos neurofisiológicos (desenvolvimento dos filhos, ocorrência de doenças, etc.). Nessa linha de investigação aparecem outros estudos que colocam em jogo a questão do Apoio Social, entendido como as relações socioafetivas que o indivíduo estabelece com as pessoas e com o meio em que está inserido, que são capazes de oferecer recursos emocionais, cognitivos e materiais, além de proporcionar noção de segurança e pertencimento, constituindo sua própria identidade, como elemento fundamental para entender tais interações de fatores.

Com vistas a mapear essa área de estudos e identificar produções relevantes para o entendimento das relações entre estados de saúde (da família, mães e filhos) e experiências intersubjetivas de Apoio Social foi realizada uma revisão de literatura sobre Maternidade, Prematuridade e Apoio Social, a qual constituiu o primeiro capítulo de resultados da pesquisa. Buscamos, em especial, identificar o panorama atual da produção científica acerca do tema, trazer embasamento para o desenvolvimento da pesquisa e apontar as possíveis lacunas do conhecimento, ou seja, produzir o “estado da arte” na área, conforme apresentaremos na sequência do trabalho.

Com a finalidade de complementar o conhecimento sobre a temática e produzir um embasamento teórico mais abrangente para o nosso estudo, foi necessário realizar uma segunda pesquisa bibliográfica, mas agora com o foco na Rede Social, entendido como o conjunto de relações socioafetivas que o indivíduo estabelece com o meio e com as pessoas a sua volta que atribuem sentido de suporte, identidade e bem-estar, constructo que também foi investigado na pesquisa. Para isso, foram utilizados os termos “*mothers*”, “*prematurity*” e “*social networks*” no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre 2014 e 2019, de onde surgiram, respectivamente 69 e 30 referências.

Posteriormente, foi realizada a exclusão de artigos, dentro deste quantitativo, que tratavam de pesquisas que não tinha como foco a prematuridade ou que abordavam a prematuridade mas sem a interlocução com a Rede Social, estando mais focados em questões biológicas (gravidez na adolescência, tabagismo na gravidez, obesidade infantil, gemelaridade, cuidados obstétricos e aculturação de imigrantes, trauma de guerra e apego materno-infantil, saúde bucal pediátrica, diabetes na gravidez, saúde contraceptiva, uso de chupeta, amamentação, depressão, níveis de estresse, investigações neurológicas, problemas de alimentação, etc.). Portanto, foram selecionados os artigos que abordavam questões da maternidade e da prematuridade associada a importância da Rede Social, o que totalizaram 8

artigos. Porém, dentre esses 8 artigos, 6 já haviam sido selecionados na primeira pesquisa bibliográfica, que será apresentada nos resultados da pesquisa (GRANERO-MOLINA *et al.*, 2018; NCUBE, BARLOW e MAYERS, 2016; DANTAS *et al.*, 2015; HORWITZ *et al.*, 2015; RUSSELL *et al.*, 2014; GERSTEIN, POHLMANN-TYNAN e CLARK, 2014), restando então, 2 artigos novos, os quais serão abordados a seguir.

Kim *et al.* (2016) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de avançar no entendimento das necessidades e preocupações dos pais de bebês prematuros e como esses pais usam a tecnologia da informação (TI) para auxiliar nesse processo, como redes sociais, por exemplo. Para isso, os pesquisadores examinaram 29 sites de redes sociais para pais de bebês prematuros, selecionando então 131 postagens que discutiam as experiências dos pais com seus prematuros em transição da UTIN para casa. A análise de conteúdo resultou em 5 temas principais: apoios sociais, preocupações paternas, gestão emocional, figura paterna forte e locus de controle. Em relação ao Apoio Social, foi identificado o apoio informativo, apoio de companheirismo e apoio emocional. Os autores puderam concluir que os pais de bebês prematuros usam uma variedade de mídia social para discutir suas preocupações com outros pais e, conseqüentemente, obter informações, companheirismo e suportes emocionais. Os pesquisadores propuseram, então, uma intervenção tecnológica para esses pais com a finalidade de acomodar as preocupações paternas e suas necessidades, o que facilitaria mais seu envolvimento, poderia reduzir os encargos para as mães e promoveria resultados mais saudáveis para as crianças em transição da UTIN para casa.

Já a pesquisa desenvolvida por Niela-Vilén *et al.* (2015) visou descrever as percepções de mães que amamentam bebês prematuros com base nas postagens em discussões em grupo de apoio ao aleitamento materno criado para essas mães nas mídias sociais. As participantes foram recrutadas em um hospital universitário na Finlândia e as postagens foram analisadas a partir da Análise Temática, que identificou três temas principais: o paradoxo da amamentação no hospital, a realidade da amamentação em casa e a experiência da amamentação como parte de ser mãe. A partir do que foi discutido no grupo, os pesquisadores puderam concluir que as mães de bebês prematuros enfrentam muitos desafios relacionados a amamentação no hospital e em casa após a alta. Em relação a amamentação no hospital, as participantes relataram se sentir pressionada pela equipe para produção de leite, tornando a amamentação mais um dever do que um prazer mútuo. Por isso, o estudo apontou a necessidade de ter mais atenção não só ao aconselhamento e orientações em amamentação na UTIN e em casa, mas também às atitudes da equipe. Além disso, a pesquisa pôde concluir que grupos de apoio aos pares em aleitamento

materno utilizando mídias sociais pode ser um bom canal para as mães acessarem encorajamento e apoio necessários.

Os dois estudos citados focaram suas investigações nas mídias sociais, mais especificamente nas redes sociais da internet, e não propriamente no conceito de Rede Social que é o foco da nossa pesquisa, sendo por isso possível concluir a baixa produção de conhecimento existente sobre a relação entre maternidade, prematuridade e o papel da Rede Social.

Ao analisarmos o mapeamento do campo de conhecimento realizado, verificamos o número pequeno de produções nacionais, o que também foi indicado por outros estudiosos que visaram investigar a produção sobre Apoio Social (MACEDO *et al.*, 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011; CANESQUI e BASAGLINI, 2011). Na nossa revisão de literatura, dentre os artigos incluídos nos critérios para análises, somente 1 estudo se tratava de investigações desenvolvidas no Brasil (DANTAS *et al.*, 2015). Esse fato, então, pode ser considerado uma lacuna que demonstra a necessidade de produção de conhecimento científico sobre o Apoio Social, a maternidade e prematuridade no cenário brasileiro.

Além disso, percebemos que grande parte dos estudos utilizaram método quantitativo de pesquisa, com o uso de escalas e métodos direcionados a medir as variáveis investigadas, sendo significativamente menor o número de pesquisas que utilizaram métodos qualitativos. Dentre os 24 artigos selecionados, somente 5 utilizaram abordagens qualitativas (VAZQUES e CONG, 2014; GRANERO-MOLINA *et al.*, 2018; NCUBE, BARLOW e MAYERS, 2016; KOLIOULI, GAUDRON e RAYNAUD, 2016; RUSSELL *et al.*, 2014), o que demonstra uma lacuna na área de conhecimento pesquisada.

Foi demonstrado, através da análise minuciosa do levantamento bibliográfico realizado, a relevância do desenvolvimento de pesquisas e estudos que visem investigar e compreender o papel do Apoio Social para mães de bebês prematuros, já que ele foi apontado por diversas pesquisas como fator importante nessa experiência, mas não foi encontrado a descrição do seu papel e de suas características de forma mais específica. Acreditamos, assim, ser importante o desenvolvimento de estudos qualitativos que deem voz a esses atores, às pessoas que vivenciam o fenômeno da prematuridade, para um detalhamento sobre a experiência para além da medida, que atribua seus sentidos e significados, ou seja, explorem suas subjetividades.

Meu interesse pelo estudo do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade surgiu a partir dos atendimentos realizados no meu local de trabalho, na Maternidade Azilda da Silva Marreiro, na cidade de Manaus. Em meio aos atendimentos das mulheres mães de bebês prematuros, me surpreendi diversas vezes com o enfrentamento delas,

que mesmo diante da apreensão de ver seus pequenos filhos internados e muitas vezes sem ainda poder carregá-los, encontravam força e ânimo para continuar acompanhando seus bebês durante toda internação, que poderia durar meses, tirando leite e se dedicando aos cuidados que lhe eram possíveis.

Com o olhar atento e o ouvido aguçado, pude perceber que as mulheres que demonstravam sentimento de pertencimento em meio a uma rede social de apoio, que lhe trazia significado, identidade, suporte, apresentava bom enfrentamento a situação de internação dos filhos, com segurança e esperança, apesar dos sentimentos de tristeza e medo. Foi a partir daí, então, que me surgiu o interesse de compreender melhor esse fenômeno e assim, poder contribuir para a produção de conhecimento sobre a área, trazendo benefícios para o acompanhamento e atendimento a esse grupo de pessoas.

Além disso, como foi abordado, o Brasil possui uma taxa considerada alta de recém-nascidos pré-termos e com baixo peso ao nascer, o que constitui um sério problema de saúde. Por isso é importante o desenvolvimento de pesquisas que investiguem questões relacionadas à prematuridade para melhoria do cuidado e assistência a esse grande número de famílias que vivenciam a problemática.

A vivência materna diante da situação de prematuridade, como vimos através de diversos estudos, pode ser considerada como um fator protetivo aos riscos da prematuridade para o desenvolvimento da criança, sendo por isso relevante investigar essa experiência. Por sua vez, o Apoio Social e as Redes Sociais de Apoio tem sido considerados como fator importante de suporte e auxílio às famílias na situação de prematuridade e por isso, é relevante buscar compreensão desse fenômeno e quais suas características para que seja possível utilizá-lo para implementação de melhorias nas práticas profissionais e nas políticas públicas da área, o que consequentemente traz impacto nas ações destinadas a prematuridade.

Além disso, ao realizarmos a pesquisa bibliográfica para mapeamento do conhecimento, observamos o pequeno número de pesquisas e estudos na área da Maternidade, Prematuridade e Apoio Social no Brasil, o que torna relevante a produção de conhecimento científico na realidade brasileira, e mais especificamente, na cidade de Manaus-AM. Assim, o desenvolvimento dessa pesquisa traz contribuições para discussões relevantes da área, não esgotando o conhecimento, mas abrindo possibilidades de avanços acadêmicos e científicos. Dessa forma, acreditamos que essa pesquisa possui, além de relevância pessoal para a pesquisadora, relevância social, profissional e científica.

Diante do que foi discutido, surge uma questão: qual a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos prematuros internados e quais suas características? Acreditamos que nossa pesquisa surge para colaborar no entendimento e no dimensionamento do Apoio Social para esse grupo de mulheres e sua influência no enfrentamento à situação vivida, além de trazer impacto para as práticas profissionais e políticas públicas destinadas a esse público.

Desse modo, temos como objetivo geral compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos prematuros internados em uma maternidade do município de Manaus-AM. E como objetivos específicos: (1) Identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para essas mulheres e seu impacto na vivência diante da problemática apresentada; (2) Caracterizar a Rede Social Significativa dessa população em termos de suas dimensões constitutivas (características estruturais, funções e atributo dos vínculos); (3) Analisar como a rede pública de saúde pode se constituir como fonte de Apoio Social para essas mulheres.

Os resultados obtidos e as discussões estão estruturados nas seguintes seções:

5.1 “O papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade: uma revisão de literatura” que apresenta uma revisão integrativa de literatura realizada nos bancos de dados a partir dos descritores “*mothers*”, “*prematurity*” e “*social support*” no período entre 2014 e 2019 e um total de 23 artigos foram analisados.

5.2 “A importância do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar” que trata da análise e discussão dos dados qualitativos da pesquisa, sob o olhar da Psicologia Histórico-Cultural, a fim de compreender as dimensões e o impacto do Apoio Social na vivência das mulheres diante dessa problemática, além de analisar como a rede pública de saúde se constitui como fonte de Apoio Social para essas mulheres.

5.3 “Compreendendo as Redes Sociais Significativas de mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade de Manaus-AM” que apresenta a análise e discussão dos dados quantitativos da pesquisa a fim de compreender as Redes Sociais Significativas desse público e suas características estruturais, funções e atributos dos vínculos. Nessa seção são expostos os Mapas Mínimos de Relações (MMR) de cada participante, o que permite uma visualização gráfica das Redes Sociais Significativas e sua consolidação.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Maternidade e Prematuridade

Segundo Maldonado (2017), no ciclo vital da mulher existem três períodos críticos de transição: a adolescência, a gravidez e o climatério. A autora explica que esses períodos são biologicamente determinados e caracterizados por alterações metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável decorrente das grandes perspectivas de mudanças que envolvem as questões em relação ao papel social, necessidade de novas adaptações, reajustes interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de alguns aspectos da identidade.

Sendo assim, a gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, não sendo necessariamente vivenciado como uma crise. As transições são marcos importantes que envolvem mudanças significativas, reorganizações e aprendizagem, enquanto as crises implicam um enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego e requerem a mobilização de mecanismos adaptativos para buscar novas respostas (MALDONADO, 2017).

A gravidez é um período de vivências complexas, em que diversas mudanças são experimentadas pela mulher, desde aspectos físicos até psíquicos. Estudiosos como Bortoletti (2007) e Maldonado (2017) apontam que uma das vivências mais comuns durante o ciclo gravídico puerperal é a manifestação da ambivalência afetiva. A partir do momento da percepção da gravidez, a mulher já experimenta a ambivalência de estar realmente grávida ou não, de desejar ou não a gravidez, uma mistura de sentimentos se desencadeia como alegria, tristeza, apreensão e irrealidade. Segundo Maldonado (2017), a gestação envolve grandes mudanças, tanto interpessoais quanto intrapsíquicas, o que acarreta perdas e ganhos, sendo por isso, justificado a coexistência de sentimentos opostos.

Uma alteração relevante na gestação, também citada pelas autoras Bortoletti (2007) e Maldonado (2017), é a regressão, que nesse período é considerada fisiológica e fundamental para a vivência adequada do ciclo gravídico puerperal, pois permite à mulher ter comportamentos e sentimentos infantilizados, importantes para os cuidados que deverá dispensar ao bebê e contribui na relação da mãe com a criança. Nesse período é comum a manifestação de comportamento de introversão, como se a mulher entrasse em si mesma e ignorasse o mundo externo. Conforme Bortoletti (2007), “a regressão é indispensável para que a mulher desencadeie o processo natural de se ‘afastar’ do mundo para viver o universo particular da criança e, dessa maneira, garantir a sobrevivência desse novo ser” (p. 22).

A hipersensibilidade e a oscilação de humor são outros fatores que se destacam no ciclo gravídico puerperal. Segundo Maldonado (2017), a mulher chora e ri com mais facilidade e fica mais irritada e vulnerável a estímulos externos que antes da gestação não afetavam tanto.

Durante a gravidez, a mulher, que se encontra no processo de tornar-se mãe, reedita e reatualiza elementos de sua história constitutiva para construir seu lugar materno e, conseqüentemente, o lugar subjetivo para o bebê (FERRARI e DONELLI, 2010). Nesse sentido, Maldonado (2017), também contribui afirmando que a gravidez envolve a necessidade de reestruturação e reajuste em várias dimensões como mudanças de aspectos da identidade e uma nova definição de papéis. Essas mudanças convergem e influenciam no estabelecimento da relação entre a mãe e seu bebê.

Conforme Scarabel (2011), a criança já existe psiquicamente na mãe antes de nascer, mas é mais precisamente no terceiro trimestre da gestação que ela vai tomando o seu componente mais “real”, pois os movimentos fetais são mais intensos, a barriga costuma ficar mais aparente e a proximidade do parto vai colocando-a em contato com os desafios que virão com o nascimento do bebê. Nesse período, a mulher está em processo de elaboração do parto e da imagem do seu filho. Sendo assim, como aponta El-aouar (2016), durante a gestação já existe um prenúncio da relação que será estabelecida futuramente entre mãe e seu bebê, sendo que a mãe já se relaciona com seu filho através das expectativas e interações que acontecem ainda no período gestacional.

Outro aspecto abordado pelos estudiosos da área é em relação aos temores durante a gravidez, que podem estar presentes na vida da gestante de forma mais intensa ou não. Segundo Maldonado (2017), os temores de ter um filho malformado pode ter origem na infância, podendo estar relacionado com a imagem que formamos de nós mesmos. Assim, as crenças de que por causa de nossa bondade temos a capacidade de fazer coisas boas, ou, ao contrário, de que em nossa maldade temos a possibilidade de prejudicarmos a nós mesmos ou a outras pessoas se intensificam durante a gravidez.

Conforme a autora, então, ter filhos saudáveis representa ganhar um prêmio e, por outro lado, não ter filhos ou ter filhos malformados ou doentes representa um tipo de castigo. Scarabel (2011) complementa ainda afirmando que gerar um filho normal é o principal objetivo da maioria das mulheres e a maior parte apresenta medo de que seu filho possa ser anormal ou revelar suas próprias fraquezas secretas internas.

Sendo assim, conforme destacado anteriormente, o nascimento de um bebê prematuro pode se constituir em uma situação traumática, que instaura uma crise no núcleo familiar. Ao vivenciar o encontro com o filho prematuro, a mãe se depara com a possibilidade da morte do

seu bebê, emergindo, assim, conteúdos psíquicos e sentimentos como temor, insegurança e dor. Nesse momento, segundo Maldonado (2017) “é normal que os pais sintam medo, tristeza, raiva, sentimento de culpa e de impotência, além de outras emoções combinadas nas mais variadas formas” (p.161).

O impacto do nascimento prematuro do bebê, conforme Ferrari e Donelli (2010) causa interferências já no momento da vivência do parto prematuro, pois ele não é elaborado pela mãe como um momento de separação que instaura o início da vida subjetiva de outro ser. Este parto, então, é tido como traumático e excede a capacidade de elaboração possível do eu. Além disso, normalmente logo após o parto, o bebê é tomado como objeto de cuidados extremos, que incluem muitas vezes a impossibilidade do toque e do olhar materno imediato. Dessa forma, a mulher se depara com várias dificuldades que até o momento não eram consideradas:

Lidar com um bebê que pode não sobreviver, lidar com um bebê que não pode ser reconhecido como seu, lidar com a destituição da tarefa materna de cuidar do seu filho, lidar com a interposição da tecnologia e do saber médico sobre os cuidados maternos – são situações muito referidas por aquelas que vivenciam uma situação de parto prematuro (FERRARI e DONELLI, 2010, p. 109).

Segundo Maldonado (2017), após o parto a mulher tem a tarefa de elaborar a perda do bebê imaginado para entrar em contato com o bebê real, sendo essa missão particularmente penosa quando os recém-nascidos nascem com problemas graves, como é o caso da prematuridade. Nessas situações, a autora afirma que há a necessidade de se trabalhar e elaborar o luto, que se dá em virtude da perda da possibilidade de ter um bebê saudável e a termo, podendo surgir sentimentos de desespero, rejeição, revolta e culpa.

Favarato e Gagliani (2012) complementam ainda dizendo que além do luto esperado pela perda do bebê dos seus sonhos, os pais lamentam os defeitos dos filhos, e muitas vezes, culpam-se por isso, de forma consciente ou inconsciente. As autoras afirmam que quanto maior a distância entre o sonhado e a realidade, mais difícil será para a mãe elaborar o luto do seu bebê imaginário, e por isso pode ficar mais difícil seu investimento no bebê que nasceu.

Assim, se deparar com a iminência da morte e a possibilidade de perda desse bebê é mais um fator de dificuldade, pois o que se espera de um recém-nascido é a vida e não doença ou morte. Dessa forma, como aponta Scarabel (2011), esse bebê que adentra ao mundo já nasce na falta: do tempo, da maturidade e da realização do desejo dos pais, os quais também se deparam com uma situação ambígua do nascimento e da morte, opostos caminhando juntos.

Os fatores que acompanham o nascimento prematuro parecem, então, dificultar a relação inicial entre mãe e bebê. El-aouar (2016) expõe que, considerando que a vinculação

mãe e bebê já tem início desde a gestação e que a mãe tem a função de integrar afetivamente o novo bebê ao mundo, pensar na separação entre eles já nos primeiros momentos da vida implica uma série de questões em relação ao desenvolvimento do bebê e às competências parentais.

Kaplan e Mason (1960, apud Maldonado, 2017) afirmam que a mãe que dá à luz a um bebê prematuro possui quatro tarefas para enfrentar:

Interromper sua relação com o filho dentro de si e preparar-se para a possibilidade de que ele não consiga sobreviver; lidar com possíveis sentimentos de fracasso e incapacidade por não ter conseguido levar a gestação a termo; renovar seu vínculo com o bebê na medida em que aumenta sua possibilidade de sobrevivência e preparar-se para a alta hospitalar; aprender a atender às necessidades especiais de um bebê pré-termo sem perder de vista a perspectiva de que, após algum tempo, deverá tratá-lo como uma criança normal. (p.160)

Além disso, a reação da mãe ao estresse por ter tido um filho prematuro pode ser influenciada por diversos fatores como aspectos genéticos, o modo como o bebê reage a ela, como ela foi cuidada quando criança, tradições culturais, tempo extenso de separação mãe-bebê, o comportamentos e atitudes das pessoas ao seu redor, políticas do hospital e situação econômica e financeira da família (SCARABEL, 2011).

Sendo assim, percebemos a necessidade e importância de investigar essa vivência que é ser mãe de um bebê prematuro em situação de internação em Unidade Neonatal, dada a complexidade e particularidades da situação. Mais especificamente, focaremos no papel do Apoio Social nesse contexto, sobre o qual discutiremos a seguir.

2.2 Apoio Social e Rede Social Significativa

O Apoio Social tem sido amplamente estudado na área da saúde em relação a condições diagnósticas como doenças crônicas ou agudas, estresse, aspectos socioafetivos, situações de crises, entre outros. Tais estudos tem destacado o Apoio Social como fator protetivo e promotor de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações difíceis, sendo relacionado a desfechos positivos de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Nesse sentido, Coob (1976) trouxe a primeira definição de Apoio Social aplicada à área da saúde e o definiu como “a informação que leva o sujeito a acreditar que ele é cuidado e amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas” (p. 300). O autor, que é considerado um clássico sobre o tema, ainda aponta evidências empíricas que as relações sociais atuam com um caráter protetor em relação ao estresse e a crises decorrentes de uma ampla variedade de estados patológicos.

Porém, diversos autores que desenvolveram pesquisas sobre o Apoio Social apontaram para a falta de consenso sobre sua definição conceitual e o uso de diferentes teorias (MACEDO *et al.*, 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011; CANESQUI e BASAGLINI, 2011; ABREU-RODRIGUES e SEIDL, 2008;). Percebemos, assim, uma dificuldade conceitual na área, que necessita especial atenção.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), ao realizarem uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, perceberam que no Brasil o termo Apoio Social e Suporte Social tem sido utilizado como sinônimos, pois verificaram que diversos estudos usam os dois termos atribuindo os mesmos significados. Por isso as pesquisadoras utilizaram em sua pesquisa ambos os termos de forma alternada como sinônimos.

Da mesma forma, Gonçalves *et al.* (2011), que também desenvolveram uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto, afirmam que a maior parte dos estudos brasileiros encontrados que avaliavam o Apoio Social, utilizavam, além dos termos “apoio social”, “rede social” e “suporte social”, que foram utilizados como descritores para busca, outros termos para se referir a estes mesmos conceitos, como “rede social de apoio”, “rede de apoio social”, “rede de suporte social”, “rede de apoio social e afetivo”, “rede de relações”, “suporte familiar”, “suporte psicossocial”, “suporte social de apoio”, “apoio familiar” e “apoio psicológico”. Sendo assim, os autores optaram por utilizar o termo Apoio Social em sua pesquisa para representar todos esses termos utilizados genericamente.

A partir disso, percebemos que tais conceitos mencionados, apesar da grande diversidade, fazem parte de um mesmo grupo conceitual. Na nossa pesquisa, então, seguiremos com o que tem sido utilizado e encontrado no campo teórico da área e a optaremos por utilizar, para fins expositivos, o termo Apoio Social, fazendo referência a esse campo conceitual, e posteriormente realizaremos uma diferenciação com o conceito de Redes Sociais e aprofundaremos no conceito desenvolvido por Sluzki (1997) de Redes Sociais Significativas, o qual utilizaremos na pesquisa.

Gonçalves *et al.* (2011) afirmam ter encontrado em suas pesquisas três tendências principais na definição de Apoio Social. A primeira defende que o apoio estaria inserido em uma “hierarquia conceitual” em que o conceito central seria “relações sociais”, apesar do termo mais utilizado ser “apoio” e “rede social”. Nessa perspectiva, o Apoio Social é entendido sob um ponto de vista sistêmico, que utiliza a concepção de sistemas sociais, considerando o contexto, os atores envolvidos nas interações e as funções atribuídas.

O Apoio Social, nesse sentido, está relacionado a aspectos mais qualitativos das relações sociais, e os elementos estruturais dessas relações, como o número, o tipo de relacionamento, a

duração, frequência, etc., constituem aspectos quantitativos e/ou estruturais em que o termo “redes sociais” encontra mais equivalência. Sendo assim, nessa perspectiva é feita uma diferenciação entre “apoio social” e “rede social”, que são facetas relativas às características funcionais e estruturais, respectivamente, das relações sociais (DUE *et al.*, 1999 *apud* Gonçalves *et al.*, 2011). Apesar disso, ainda não é clara a delimitação desses conceitos, sendo utilizado uma grande quantidade de termos para referi-los.

Na segunda e na terceira tendências apontadas por Gonçalves *et al.* (2011), o “apoio social” ou as “redes sociais” são utilizadas como conceitos principais. A perspectiva que entende o Apoio Social como um conceito central, acredita que ele seria veiculado ou antecedido por aspectos estruturais, como as redes ou relações sociais. Autores que seguem essa perspectiva desenvolvem teorias em que destacam as principais dimensões do Apoio Social e as classificam, as quais serão explicitadas adiante. Já a concepção que enfatiza o conceito de Redes Sociais, coloca o Apoio Social como um aspecto funcional das relações e refere-se à noção de que a sociedade é constituída por redes de relações interpessoais ou intergrupais que podem ser mapeadas e classificadas de acordo com a intensidade, número, qualidade, etc.

Os autores referidos apontam que essa perspectiva é mais comumente utilizada nas ciências sociais e na antropologia e entende a sociedade como constituída por redes de relações interdependentes que exercem influência na vida e na saúde das pessoas. Nessa perspectiva, eles incluem a teoria desenvolvida por Sluzki (1997) neste terceiro grupo.

Percebemos, assim, que apesar do termo Apoio Social e Rede Social estarem associados e serem comumente utilizados como sinônimos, há uma diferença entre os conceitos. Macedo *et al.* (2018) apontam estudos em que conceituam a Rede Social como as relações que o indivíduo mantém ao longo de toda a vida com determinado vínculo e o Apoio Social ligado a aspectos mais qualitativos, aos recursos disponibilizados e recebidos na relação, como ajuda material, emocional e sentimento de pertencimento ao contexto. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) também fazem diferenciação, afirmando que o Apoio é efetivado a partir de relações mais próximas ou significativas, enquanto a rede corresponde a uma teia de relacionamentos construída ao longo da história de vida da pessoa. De acordo com essas concepções, uma Rede Social não necessariamente forneceria apoio.

Canesqui e Basaglini (2011) aponta que a Saúde Pública, desde a década de 1970, desenvolveram interesse nas Redes Sociais, relacionando-as posteriormente ao Apoio Social como resultado da integração do indivíduo em diferentes redes que ofertam suporte. As Redes Sociais, nesse sentido, aplicam-se aos pequenos grupos, ao sistema global e de comunicação, cujas relação diferenciam-se em simétricas ou assimétricas, em relação as suas direções e se

existe reciprocidade e troca. Percebemos assim, que as teorias sobre o tema avançam e tomam novas perspectivas, de acordo com a área de estudo desenvolvida.

Os estudos da área ainda apontam haver uma tendência de conceituação que dispõe sobre as dimensões do Apoio Social, que seriam o apoio instrumental ou material, emocional, informacional e cognitivo (MACEDO *et al.*, 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011). O apoio instrumental ou material relaciona-se à assistência prática e direta na realização das atividades concretas, com disponibilidade de recursos e ajuda material. O apoio emocional diz respeito à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém efetivamente disponível, que fornece escuta, confiança e interesse. O apoio informacional refere-se à obtenção de informações e conselhos úteis para resolver problemas ou lidar com situações. E, por último, o apoio cognitivo refere-se à postura ativa de incentivo e reforço positivo dado por alguém, o que auxilia na autoafirmação.

Macedo *et al.* (2018) apontam ainda estudos que usam o conceito de Suporte Social Percebido como sinônimo de Apoio Social. Neri e Vieira (2013) afirmam que o conceito está relacionado à percepção das pessoas a respeito da qualidade, frequência e adequação da ajuda recebida em relação à sua necessidade. Simoni e Geib (2008) apontam ainda que a percepção do apoio recebido se refere à percepção da quantidade e da disponibilidade desse apoio, incluindo também a satisfação com o suporte oferecido.

Em relação à avaliação subjetiva do apoio, Gonçalves *et al.* (2011), apontam o surgimento das concepções “sociocognitivas” e de “estresse e *coping*” direcionados a investigar como o Apoio Social atua sobre a saúde das pessoas. A primeira entende que a avaliação subjetiva do apoio influencia o impacto que o apoio recebido pode ter, já a segunda tendência, ao contrário, aponta que a relação entre apoio recebido e percebido deve ser alta, principalmente quando as necessidades de apoio correspondem ao tipo de apoio fornecido.

Dessa forma, percebemos que o conceito de Apoio Social toma várias direções e perspectivas, havendo diversas concepções, classificações e formas de avaliações. Macedo *et al.* (2018) afirmam que

no tocante aos aspectos estruturais, é possível identificar o tamanho e composição das redes de apoio social; quanto aos funcionais, é possível conhecer o papel desempenhado na vida dos indivíduos, tanto de quem recebe quanto de quem fornece o apoio. No aspecto contextual, pode-se conhecer a adequação do tipo de apoio recebido à situação que a pessoa está vivenciando. (p. 265)

Em relação a características, Sousa, Silver e Griep (2010) destacam que o Apoio Social pode apresentar direção, ou seja, se recebido ou fornecido; disposição, ou seja, se é executado

ou disponível; conteúdo, que pode ser emocional, instrumental, informativo ou avaliativo; quanto à medição, no caso, se pode ser descrito ou avaliado; e a rede social, relacionada a composição que seja amigos, familiares, colegas de trabalho, etc.

Outra tendência de classificação identificada nos estudos em relação ao Apoio Social está relacionada ao apoio formal e informal. O apoio formal refere-se ao suporte proporcionado pelo Estado e pelas suas instituições, com estrutura e profissionais específicos. Já o apoio informal, quando o Estado não está presente ou não está cumprindo seu papel, refere-se ao apoio fornecido pelas pessoas do cotidiano como familiares, amigos e vizinhos (SOUZA *et al.*, 2013; SOUSA, SILVER E GRIEP, 2010).

Diante da discussão apresentada, abordaremos a seguir a Teoria das Redes Sociais desenvolvida por Sluzki (1997) que foi utilizada para análise dos dados na nossa pesquisa. Decidimos utilizar esse conceito pois ele abrange as questões conceituais discutidas, sem se restringir aos aspectos estruturais, como mencionado anteriormente em outras teorias, mas também considerando os aspectos funcionais e qualitativos, como as funções e atributos dos vínculos e a importância que as relações desempenham na vida do indivíduo, dentro de uma lógica sistêmica.

Em sua obra “A Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas”, Sluzki traz o conceito de Rede Social Significativa (ou Rede Social Pessoal, optaremos por utilizar somente o primeiro termo para fins práticos) que pode ser definida como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (1997, p. 35).

Sluzki (1997) aponta ainda que essa rede faz parte da constituição da identidade da pessoa, contribuindo para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem, constituindo experiências de bem-estar, competência, hábitos de cuidado da saúde e capacidade de adaptação em uma crise. O autor designa, então, um caráter dinâmico, relacional e individual ao conceito, que compreende ainda fatores micro e macroscópicos que se influenciam mutuamente, como os contextos culturais, políticos, históricos, econômicos, religiosos e do meio ambiente, como especificidades de uma região ou país.

O autor aponta ainda que a Rede Social Significativa pode ser registrada em forma de mapa mínimo, que ele chamou de Mapa Mínimo de Relações (MMR), em que se inclui todos os indivíduos com quem a pessoa interage. O mapa é sistematizado em quatro quadrantes: família, amizade, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias, onde se incluem os serviços de saúde ou de credo. E cada quadrante ainda conta com três áreas, em formato de círculos, em que o círculo interno representa as relações mais íntimas, o círculo intermediário

representa as relações pessoais com menos grau de compromisso e o círculo externo que designa relações ocasionais.

Além disso, Sluzki (1997) afirma que a Rede Social Significativa pode ser avaliada em termos de características estruturais, das funções dos vínculos e dos atributos de cada vínculo. Abordaremos a seguir cada uma delas. Em relação à estrutura, segundo o autor, podemos avaliar:

- (a) o tamanho, ou seja, o número de pessoas;
- (b) a densidade, que corresponde conexão entre membros independentes do informante e deve ser complementada com informações mais qualitativas como por exemplo, identificar a presença de subsistemas coerentes ou conjuntos na rede (que possuem em geral maior poder de influência) e sua relação com o sujeito;
- (c) composição ou distribuição, que significa a proporção do total de membros da rede está localizada em cada quadrante e cada círculo do mapa;
- (d) dispersão, ou seja, a distância entre os membros;
- (e) homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural, ou seja, segundo idade, sexo, cultural e nível socioeconômico;
- (f) os atributos de vínculos específicos, tais como intensidade ou tropismo, ou seja, compromisso e intensidade da relação, durabilidade e história em comum; e, por último,
- (g) o tipo de funções desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto.

Sluzki (1997) aponta ainda que de acordo com as funções dos vínculos, eles podem ser classificados como:

- (a) companhia social;
- (b) apoio emocional;
- (c) guia cognitivo e de conselhos;
- (d) regulação ou controle emocional;
- (e) ajuda material e de serviço e acesso a novos contatos.

Além disso, cada vínculo da rede pode desempenhar muitas dessas funções. E ainda em relação aos atributos dos vínculos, segundo o autor, podemos avaliá-los de acordo com:

- (a) as funções predominantes, ou seja, qual a função ou combinação de funções caracterizam de maneira predominante esse vínculo;
- (b) a multidimensionalidade ou versatilidade, que quer dizer quantas dessas funções ele desempenha;
- (c) a reciprocidade;

(d) intensidade ou compromisso da relação, ou seja, o tropismo ou atração entre as pessoas que pode também ser definida como “grau de intimidade”;

(e) a frequência dos contatos, cabendo importante atenção para o fato de que quanto maior a distância, maior a necessidade de manutenção ativa do contato para manter a intensidade e, ao mesmo tempo, vínculos intensos podem ser reativados rapidamente mesmo depois de uma quebra de contato; e

(f) a história da relação, ou seja, desde quando se conhecem e qual a experiência anterior para ativação do vínculo.

Nesse sentido, acreditamos que compreender a importância do Apoio Social e, mais especificamente, a Rede Social Significativa de mulheres mães de bebês prematuros, caracterizando o suporte percebido, os recursos de que necessitam e como influenciam na vivência da situação é de fundamental importância para auxiliarmos essas mulheres nesse processo e assim, traçarmos melhorias no seu atendimento e acompanhamento. A seguir abordaremos a Psicologia Histórico-Cultural e como seus conceitos contribuíram para a análise dos dados da nossa pesquisa.

2.3 Psicologia Histórico-Cultural

A Psicologia Histórico-Cultural surge na tentativa de superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas. Através da abordagem dialética, Vygotsky (2007) propõe um olhar que admite a influência da natureza sobre o homem, mas também entende que o homem age sobre a natureza e cria, através dessas mudanças que provocou na natureza, novas condições naturais para sua existência.

Conforme aponta Freitas (2002), Vygotsky procura criar uma nova psicologia que reflita o indivíduo em sua totalidade, articulando dialeticamente aspectos internos e externos, pensando na relação do sujeito com a sociedade a que pertence. Assim, percebemos que o teórico desenvolve uma visão do homem como unidade de corpo e mente, como ser biológico e social, fazendo parte do processo histórico e cultural em que está inserido.

"Poder-se-ia dizer que a característica básica do comportamento humano em geral é que os próprios homens influenciam sua relação com o ambiente e, através desse ambiente, pessoalmente modificam seu comportamento, colocando-o sob seu controle" (VYGOTSKY, 2007,p. 50).

Nesse sentido, segundo Gutierrez, Mascarenhas e León (2015) a concepção dialética entende que todos os fenômenos devem ser investigados como processos em movimento e em

mudança, sendo ela tanto quantitativa como qualitativa. O homem, então, de acordo com essa concepção, ao mesmo tempo em que é modificado pela realidade histórica e cultural em que se encontra, também a modifica através das suas ações e instrumentos.

Por isso, além dos componentes culturais é preciso considerar os elementos históricos que influenciam o processo estudado. Nesse sentido, Vygotsky (2007, p. 74) afirma que “estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança; esse é o requisito básico do método dialético”.

Ao investigar a gênese das funções psicológicas, Lev Vygotsky (2007) desenvolveu o conceito de funções psicológicas superiores, que são de origem social, presente somente nos homens, caracterizando-se pela intencionalidade das ações e resultam da interação entre os fatores biológicos e os culturais, que evoluíram com a história humana. Elas compreendem a memória, a consciência, a percepção, a atenção, a fala, a pensamento, a vontade, a formação de conceitos e a emoção.

Essas funções diferenciam-se das funções psicológicas elementares, que são de origem biológica e caracterizam-se pelas ações involuntárias, reações imediatas e sofrem controle do ambiente externo (LUCCI, 2006). Assim, as funções psicológicas superiores são entendidas como de origem sociocultural, resultantes da interação do sujeito com seu contexto social e cultural, ou seja, do processo dialético e não como algo que é introduzido de fora pra dentro. Vygotsky (1995) aponta que o sujeito, através da mediação do outro, converte as relações sociais em funções psicológicas, que passam a funcionar como sendo parte de sua personalidade.

Vygotsky (2007) afirma ainda que “podemos usar o termo função psicológica superior ou comportamento superior com referência à combinação entre o instrumento e o signo na atividade psicológica” (p. 56). Assim, as funções psicológicas superiores se dão a partir do processo de mediação, conceito fundamental desenvolvido pelo autor para designar a interação entre signo e instrumento e que possibilita ao indivíduo se relacionar com o ambiente em que está inserido e ter contato com a cultura. Nesse sentido, vale ressaltar a importância do entendimento dos conceitos de signo e instrumento, apontados por Vygotsky (2007) como vemos a seguir:

A função do instrumento é seguir como um condutor da influência humana sobre o objeto da atividade; ele é orientado externamente; deve necessariamente levar a mudanças nos objetos. Constitui um meio pelo qual a atividade humana externa é dirigida para o controle e o domínio da natureza. O signo, por outro lado, não modifica em nada o objeto da operação lógica. Constitui um meio da atividade interna dirigido para o controle do próprio indivíduo; o signo é orientado internamente. Essas

atividades são tão diferentes uma da outra, que a natureza dos meios por elas utilizados não pode ser a mesma. (p. 55)

O desenvolvimento mental é marcado, então, pelo processo de internalização das funções psicológicas, que corresponde a reconstrução interna de uma operação externa. Vygotsky (2007) ainda afirma que o processo de internalização envolve uma série de transformações: uma operação que antes representava uma atividade externa é reconstruída e começa a ocorrer no mundo interno; um processo interpessoal, ou seja, que ocorre entre as pessoas, é transformado num processo intrapessoal, ou seja, no universo interno do indivíduo, e essa transformação é resultado de uma série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento humano.

Nesse sentido, é dada ênfase ao papel da fala nesse processo, pois é através dela que o plano interno é formado e o homem se desenvolve. Souza e Andrada (2013) apontam que a fala é vista como expressão do psiquismo na obra de Vygotsky, a qual exerce inicialmente função de comunicação entre a criança e o meio e a partir disso vai construindo condições para que se transforme em fala interna, quando exercerá a função de organizar o pensamento. A fala possui, então, uma função simbólica (VYGOTSKY, 2003). O homem interpreta e compreende o mundo e nele interage e promove mudanças através da fala.

Dessa forma, desenvolver pesquisa a partir da Psicologia Histórico-Cultural significa ter uma visão do fenômeno investigado considerando-o em relação ao contexto histórico e cultural em que está inserido. Freitas (2002) aponta a importância, então, de valorizar os aspectos descritivos e as percepções pessoais, focalizando o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos e, por meio deles, também o contexto.

Conforme aponta Vygotsky (2000, p. 33) o homem é a “personalidade social, o conjunto de relações sociais, encarnado no indivíduo” e por isso acreditamos que essa visão de homem como um ser essencialmente social proposta pela Psicologia Histórico-Cultural é compatível com o que buscamos na nossa pesquisa.

Nosso objetivo é compreender o fenômeno do Apoio Social para mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar, então para isso demos ênfase às suas relações sociais e como elas impactaram na vivência da internação dos seus filhos. Considerar essas mulheres como seres em movimento, localizadas em um contexto cultural e histórico, que interagem socialmente e que modificam o meio em que estão inseridas, mas também são modificadas por essas relações é um aspecto fundamental na nossa pesquisa. Dante disso, discutiremos a seguir as políticas públicas de saúde que orientam a assistência à mulher mãe e ao bebê diante dessa problemática.

2.4 Políticas Públicas de Saúde destinados a essa população

Para termos uma melhor dimensão do cenário em que as mulheres participantes da pesquisa e seus bebês estão inseridos, é de fundamental importância analisarmos as políticas públicas destinadas a essa população. Por isso, abordaremos a seguir a Rede Cegonha, a Estratégia do Método Canguru e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A Rede Cegonha, instituída através da Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste em uma rede de cuidados com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, além de garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia do Ministério da Saúde tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção materno-infantil no país e por isso, é de grande relevância para as práticas destinadas a essa população.

Para isso, a Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

O Ministério da Saúde, através da Portaria referida anteriormente, estabelece três objetivos da Rede Cegonha:

- I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011)

Além disso, sua organização se dá a partir das seguintes diretrizes:

- I - Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2011)

Para o funcionamento adequado da Rede Cegonha é necessário a interlocução entre seus quatro componentes, que são o Pré-Natal, o Parto e o Nascimento, o Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e o Sistema Logístico de Transporte Sanitário e Regulação. Essa rede é composta, então, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Maternidades, Centros de Atendimento Integral à Criança (CAIC), Serviços de Transportes e todos os outros dispositivos que realizem o acompanhamento e assistência a mães e bebês até 24 meses de vida.

O município de Manaus, local de realização da pesquisa, conta com sete maternidades: Instituto Dona Lindu, Hospital e Maternidade Chapot Prevost, Balbina Mestrinho, Ana Braga, Nazira Daou, Azilda da Silva Marreiro e Alvorada. Cada unidade possui, então, vinculação com as UBS de acordo com a regionalização e fica disponível para receber as gestantes para conhecer a Maternidade e, no momento da alta, realiza a marcação da primeira consulta pós-parto para a puérpera e início do acompanhamento do recém-nascido na UBS de referência onde o pré-natal foi realizado. Essa estratégia é orientada para o desenvolvimento de um cuidado integral da mãe e do bebê.

O Método Canguru, aprovado para implantação através da Portaria MS/GM nº 1.683, de 12 de julho de 2007, é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele-a-pele na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares disponíveis e deve ser realizada de maneira segura e orientada por uma equipe de saúde treinada. Mas o contato pele-a-pele pode ser estimulado desde o toque até evoluir para a posição canguru, inicia-se de forma precoce e crescente, por escolha da família, pelo tempo que ambos entendem como prazeroso e suficiente.

Para isso, a referida Portaria indica como atribuições da equipe de saúde orientar a família em todas as etapas do método, oferecer suporte emocional e estimular os pais, encorajar o aleitamento materno, desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição, desenvolver atividades recreativas durante o período de permanência hospitalar, participar de treinamentos em serviço e orientar a família na hora da alta.

A posição canguru tem muitas vantagens, dentre elas: aumenta o vínculo mãe e filho, reduz o tempo de separação entre mãe e filho, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido de baixo peso, estimula o aleitamento materno, permite um controle térmico adequado, favorece estimulação sensorial adequada do bebê, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz estresse e a dor dos recém-

nascidos de baixo peso, proporciona um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio e cuidado do seu filho e, além disso, contribui para otimização dos leitos de UTIN e UCIN devido maior rotatividade dos leitos. Percebemos assim, uma série de benefícios decorrente dessa estratégia e por isso a necessidade de as equipes de saúde estimularem sua prática e das pesquisas que pretendem estudar o fenômeno da prematuridade terem conhecimento mais aprofundado sobre o Método Canguru.

O Método Canguru se organiza em três etapas. A primeira inicia-se ainda no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Nesse momento, os pais devem ser acolhidos pela equipe que deve esclarecer sobre as condições de saúde do bebê e sobre os cuidados que serão dispensados, bem como sobre o funcionamento e rotinas da Unidade Neonatal. É importante nesse momento, estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal sem restrição de horário, propiciar o contato com o bebê, garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais, estimular a participação dos pais em todas as atividades desenvolvidas na Unidade assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê (BRASIL, 2007).

Já na segunda a etapa do Método Canguru, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, sendo como um “estágio” antes da alta hospitalar. Os critérios de elegibilidade para a permanência do bebê nessa etapa são: estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1250 g. E para mãe são o desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio, consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde, capacidade e reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido e conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru (BRASIL, 2007).

A terceira etapa diz respeito ao acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem psicossocial. Nesse momento pretende-se realizar exames físicos completos na criança, avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer devido suporte, apoiar a manutenção da rede social de apoio e corrigir situações de risco. E após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Além do Método Canguru e da Rede Cegonha, possuímos ainda como estratégia de cuidado e assistência à criança, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pelo Fundo de Nações Unidas pela Infância (UNICEF) e pela OMS em 1990. Atualmente, na

realidade brasileira o IHAC tem seus critérios definidos pela Portaria GM/MS 1.153, de 22 de maio de 2014 e é considerado uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS.

Para que um estabelecimento de saúde seja habilitado à IHAC deverão preencher alguns critérios como cumprir os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” proposto pela OMS e pela UNICEF, cumprir com a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), garantir a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde, e por último, cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher (BRASIL, 2014).

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” são (BRASIL, 2014):

Passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;

Passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;

Passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

E passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

Já para preenchimento do critério global Cuidado Amigo da Mulher, a instituição de saúde deve: garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

A partir disso, percebemos a importância de uma política pública norteadora para as práticas dos serviços de saúde, com vistas a melhorar a qualidade da assistência. É de total relevância termos conhecimento do que é previsto legalmente para, além de implementarmos nas práticas, termos ideia das lacunas e das necessidades de avanço. Além disso, é necessário entender o contexto das políticas públicas de saúde em que as participantes da pesquisa estão inseridas para o dimensionamento e comparação com a rede descrita e conhecida por elas.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Natureza da Pesquisa

Para contemplar os objetivos propostos, optamos por desenvolver uma pesquisa de natureza mista, integrando dados qualitativos e quantitativos. Segundo Creswell (2007), os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem.

Acreditamos que a utilização de dados qualitativos e quantitativos possibilitará a compreensão do Apoio Social, considerando o seu papel e impacto na vivência das mulheres mães de bebês prematuros através dos dados de natureza qualitativa, mas além disso, as suas características estruturais, originados dos dados quantitativos.

Para isso, adotamos a estratégia de triangulação concomitante que é empregada quando o pesquisador usa dois métodos para confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um mesmo estudo (CRESWELL, 2007). Dessa forma, a coleta de dados qualitativos e quantitativos foi realizada de forma simultânea e ocorreu somente em uma fase do estudo.

Além disso, os dados qualitativos e quantitativos tiveram a mesma atribuição de peso, não havendo, assim, uma maior ênfase em um tipo específico de dados. Quanto à combinação, os dados foram mixados mediante integração, o que permitiu a produção de informações que se complementam e se apoiam mutuamente.

Dessa forma, organizamos a exposição dos resultados dessa dissertação da seguinte forma: (1) análise e discussão dos dados qualitativos foi realizada na segunda seção dos resultados o que originou o artigo “A importância do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar”; (2) análise e discussão dos dados quantitativos na terceira seção dos resultados, o que originou o artigo “Compreendendo as Redes Sociais Significativas de mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade de Manaus-AM”; (3) consolidação desses dados nas Considerações Finais da dissertação, onde apresentamos as informações derivadas das análises e discussões e como elas integram a compreensão do nosso objeto de estudo, que é o Apoio Social para mulheres mães de bebes prematuros.

Quanto a perspectiva teórica adotada, para a análise dos dados qualitativos foram os utilizados pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural proposta por Lev Vygotsky e para os

dados quantitativos, os conceitos advindos da Teoria das Redes de Carlos Sluzki. Ambos já anteriormente expostos no Marco Teórico dessa dissertação.

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa se apropria do mundo de significados das ações e das relações humanas, sendo, por isso, um lado não mensurável, não perceptível e captável em equações ou estatísticas. Há aqui uma preocupação em compreender e explicar o universo de significados, crenças, valores, atitudes e hábitos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Nesse sentido, a linguagem e a prática são consideradas matérias primas da abordagem qualitativa, que tem como objeto o nível dos significados, dos motivos, das atitudes, crenças e valores que se expressam através da linguagem comum, no dia-a-dia e na experiência dos sujeitos.

Como apontam Minayo e Sanches (1993), a fala é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, além disso, também tem a capacidade mágica de transmitir, a partir de um porta-voz, representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Por isso a palavra expressa na fala do cotidiano dos sujeitos é o material primordial da investigação qualitativa.

Já a pesquisa quantitativa, segundo Proetti (2017) visa enumerar e medir eventos de forma objetiva e precisa, seguindo um plano previamente estabelecido com hipóteses e variáveis definidas pelo estudioso. Dessa forma, a natureza do dado é numérica e a discussão e análise da pesquisa se dá a partir dele. Tratando especificamente da área da Psicologia, essa abordagem permite que os fenômenos estudados sejam visualizados de forma concreta através da linguagem matemática, possibilitando a correlação dos eventos com a teoria psicológica (SILVA, 2010).

A partir disso, acreditamos que o uso integrado de métodos qualitativos e quantitativos possibilita uma compreensão mais ampla sobre o fenômeno estudado na nossa pesquisa, razão pela qual optamos por essa escolha. Silva (2010) aponta que apesar de distintas, a abordagem qualitativa e quantitativa são complementares e capazes de traduzir o fenômeno estudado numa linguagem apropriada, por isso sendo úteis aos estudos em Psicologia.

3.2 Contextualização da Pesquisa

3.2.1 Participantes

Foram realizadas entrevistas com 6 mulheres, entre 21 e 31 anos que tinham filhos pré-termos, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação e estava em situação

de internação hospitalar em uma maternidade da cidade de Manaus-AM. No momento da entrevista, todos os recém-nascidos estavam internados, 5 deles em Unidade Neonatal, e 1 havia obtido alta para o Alojamento Conjunto (ALCON) há três dias.

Todas as participantes eram residentes no município de Manaus, sendo uma da zona rural. Quanto à escolaridade metade delas completaram o Ensino Médio, 1 o Ensino Fundamental, 1 tinha o Ensino Médio Incompleto e 1 o Superior incompleto. Metade delas não trabalham, 1 era autônoma, 1 agricultora e 1 vendedora. Em sua maioria eram evangélicas, 1 católica e 1 não possuindo religião. Todas se declararam como pardas e 5 possuíam União Estável com um companheiro. Quanto ao número de filhos, a maioria tinha mais de 1 filho, variando entre 1 e 5 filhos. O tempo médio de internação até a data da entrevista foi de 24,16 dias, variando entre 13 e 52 dias.

Para seguir os critérios éticos da pesquisa e garantir o anonimato das participantes, decidimos identificá-las com a inicial “P” de participante e o número da ordem de participação, adicionando ainda informações como idade, nº de filhos e tempo de internação em dias, conforme o exemplo: P1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias).

3.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Maternidade Azilda da Silva Marreiro (MASM), localizada na zona norte do município de Manaus – AM, onde foi firmada parceria para o desenvolvimento da pesquisa através do Termo de Anuência (Anexo V). A unidade faz parte da Rede Cegonha, está vinculada ao Método Canguru e é habilitada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A MASM recebe famílias da zona norte e também do interior, pois é a Maternidade mais próxima da BR174, que dá acesso a outros municípios. Além disso, no momento da pesquisa era o local de exercício profissional da pesquisadora, o que atribuiu maior conhecimento do funcionamento e das rotinas da instituição.

A MASM conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos obstetras, pediatras e clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogas, psicólogas, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de laboratório, agentes de segurança, agentes administrativos, auxiliares de lavanderia e limpeza, entre outros profissionais responsáveis pelo funcionamento e manutenção da instituição. No ano de 2018, o número de internações mensal da MASM variou entre 386 e 465, e em relação a quantidade de partos mensal variou entre 290 e 349, segundo dados fornecidos pela própria instituição.

No momento da pesquisa, a Maternidade possuía 40 leitos de Alojamento Conjunto (ALCON), que é definido pela Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993, como o local em que a mulher e o recém-nascido sadio permanecem juntos, imediatamente após o nascimento, em tempo integral, ou seja, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Além disso, possuía 12 leitos de pré-parto, onde as parturientes e seus acompanhantes ficam durante o trabalho de parto em avaliação e acompanhamento até serem encaminhadas para os locais destinados ao nascimento, que são as Salas de Parto, 2 na unidade, e, quando necessário, para o Centro Cirúrgico, que possui 1 sala.

A unidade inaugurou no ano de 2019 a Sala de Acolhimento, destinado para mulheres que estão no início do trabalho de parto, ainda sem indicação médica para internação, e são acompanhadas por profissionais que desenvolvem práticas integrativas e complementares (PICs) que auxiliam no processo do parto como Musicoterapia, Cromoterapia, Aromaterapia, Reiki, Yoga, Meditação, entre outros. A Sala de Acolhimento tem capacidade para atender até 10 mulheres.

A MASM possuía ainda, no momento em que a pesquisa foi realizada, 14 leitos de Unidade Neonatais, os quais se dividem em 5 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI), 5 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 4 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Para melhor entendimento dessas classificações, utilizaremos o exposto pela Portaria MS/GM nº 930 de 10 de maio de 2012, que define diretrizes e objetivos a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatais no âmbito do SUS, e também institui a classificação dos tipos de Unidades Neonatais. Essas unidades são, então, classificadas em UTIN e UCIN, e esta última possui duas tipologias: UCINCo e UCINCa.

A UTIN oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, já as UCINCo, que também são conhecidas como Unidades Semi-Intensivas, são destinadas ao atendimento de recém-nascidos de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menos complexidade que a UTIN. As UCINCa são serviços responsáveis por acolher mãe e filho para a prática do método canguru, onde a díade permanece no mesmo ambiente vinte e quatro horas por dia até a alta hospitalar, com o devido suporte assistencial pela equipe de saúde. As UCINCa prestam cuidado ao recém-nascido com peso superior a 1250g, que esteja clinicamente estável, em nutrição enteral plena e que as mães manifestem o desejo de participar e tenham a disponibilidade de tempo (BRASIL, 2012).

Além disso, a MASM conta com uma estrutura física para acolhimento de mulheres que já tiveram sua alta clínica, mas que seus filhos recém-nascidos estejam ainda em situação de internação na UTIN ou UCINCo. Assim, tem-se a finalidade de manter a proximidade entre a díade e facilitar o contato mãe-bebê, cumprindo assim, com os preceitos propostos pelo Método Canguru. Essa estrutura é chamada na instituição de “Albergue” e trata-se de um aposento com camas do tipo beliche e banheiro compartilhado, que, no momento da pesquisa, tinha capacidade para acolher até 6 mulheres.

3.2.3 Instrumentos de coleta

Para coleta de dados foi realizado primeiramente um levantamento de dados sociodemográficos (Apêndice A), elaborada pela pesquisadora, para caracterização do perfil da população participante. Nessa entrevista foi colhida informações como idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia, religião e informações socioeconômicas e familiares. Foram registradas, ainda, informações em relação à gestação e ao pré-natal e sobre o histórico de internação. Nesse momento será possível identificar a semana de gestação no momento do parto, tipo de parto, peso ao nascer, quantidade de consultas de pré-natal, entre outras informações relevantes.

Utilizamos, em seguida, uma entrevista semiestruturada para coleta de dados qualitativos com vistas a dar ênfase no caráter subjetivo do que for expresso pelas participantes, explorando assim a vivência e a experiência decorrentes da situação em que se encontram. Turato (2013) aponta que a escolha da entrevista semiestruturada, que ele prefere nomear de semidirigida, se dá pelo fato de que ambos os integrantes da relação, ou seja, pesquisador e participante, têm momentos para dar alguma direção, o que representa um ganho para reunir dados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para direcionar a entrevista semiestruturada, então, elaboramos um Roteiro de Entrevista (Apêndice B) baseado nos objetivos específicos que a pesquisa pretende alcançar. A fim de contextualizar a problemática vivida, colher dados sobre a vivência da internação e alcançar o primeiro objetivo “Identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para essas mulheres e seu impacto no enfrentamento à situação vivida” elaboramos os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7:

(1) “Gostaria que você me relatasse como tem sido a experiência de ser mãe de um bebê prematuro”;

(2) “Como você tem vivenciado a internação do seu filho em uma Unidade Neonatal?”;

(3) “Como o apoio e a ajuda que você recebe e percebe das pessoas a sua volta tem auxiliado você nesse momento?”;

(4) “Qual a importância desse tipo de apoio pra você?”;

(5) “Quais são as pessoas que você pode contar? E como elas ajudam você?”;

(6) “Tem alguém que atrapalha? E por quê?”;

(7) “Você tem alguma situação de exemplo que poderia relatar?”;

Para responder o terceiro objetivo da pesquisa: “Analisar como a rede pública de saúde pode se constituir como fonte de Apoio Social para essas mulheres” elaboramos os itens 8 e 9:

(8) “Quais os locais públicos de atendimento à saúde que você tem acesso?”;

(9) “Como foi seu acompanhamento, desde a gestação até o momento atual, nos serviços de saúde? Por quais locais você passou?”

Para contemplar o segundo objetivo proposto na pesquisa “Caracterizar a Rede Social Significativa dessa população em termos de suas dimensões constitutivas (características estruturais, funções e atributo dos vínculos)”, foi utilizado como instrumento o Mapa Mínimo de Relações – MMR (Anexo I), proposto por Sluzki (1997), sendo possível assim, ter uma representação gráfica da Rede Social Significativa de cada participante, de onde originaram os dados quantitativos da pesquisa.

O MMR é sistematizado em quatro quadrantes: família, amizade, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias, onde se incluem os serviços de saúde ou de credo. E cada quadrante ainda conta com três áreas, em formato de círculos, em que o círculo interno representa as relações mais íntimas, o círculo intermediário representa as relações pessoais com menos grau de compromisso e o círculo externo que designa relações ocasionais.

Dessa forma, a participante localizava as suas relações no mapa, as identificava e em seguida, atribuía as funções de cada vínculo, de acordo com o Quadro de Identificação de Funções de Vínculos (Apêndice C), que elaboramos para complementar e organizar essa etapa. Para isso, a participante recebeu uma Legenda de Funções de Vínculos (Anexo II) onde consta as definições dada por Sluzki (1997) de cada função de vínculo, que são companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação ou controle social, ajuda material e de serviço e acesso a novos contatos.

Além disso, foram realizadas algumas perguntas em relação ao MMR produzido para colher mais informações sobre os vínculos explicitados, e assim auxiliar na interpretação do instrumento posteriormente. Para isso, foi elaborado o roteiro Questões Complementares ao

MMR (Apêndice D), de acordo com as orientações dadas por Sluzki (1997) para avaliação da Rede Social Significativa.

3.3 Operacionalização

3.3.1 Procedimentos para coleta de dados

A pesquisadora entrou em contato com as mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa e que, naquele momento, estavam em situação de internação hospitalar para acompanhar seus filhos. A pesquisadora foi até o leito onde cada mulher estava, se apresentou e explicou o tema da pesquisa, bem como seus objetivos, relevância, procedimentos e instrumentos utilizados. Foi abordado ainda, todos os riscos e benefícios da participação da pesquisa.

Houve uma grande abertura das mulheres e interesse pelo tema da pesquisa. Foi possível perceber como elas, em sua maioria, acreditavam na importância da pesquisa e se mostraram disponíveis pra participar.

Após o entendimento e aceitação da participação, foi marcado o melhor horário para a coleta de dados, que ocorreu na sala da Psicologia da instituição, por ser reservado e mais apropriado. Quando a participante chegava para a entrevista, era realizada primeiramente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice E) e em seguida, o levantamento de dados sociodemográficos, a entrevista semiestruturada e a montagem do Mapa Mínimo de Relações (MMR).

Foi realizada gravação de áudio de toda a entrevista para posterior transcrição e análise de dados. A entrevista mais longa teve duração de 1 hora e 26 minutos e a mais curta 40 minutos. Foi possível perceber que a entrevista desempenhou também uma função terapêutica, pois as mulheres se sentiram acolhidas, amparadas e demonstraram necessidade de uma escuta cuidadosa e empática sobre as dificuldades vividas e suas percepções.

Foram realizadas entrevistas com 6 participantes, seguindo o critério de saturação que propõe a finalização da coleta de dados quando os dados obtidos passam a apresentar, segundo a avaliação do pesquisador, uma certa repetição ou redundância, não sendo mais relevante continuar incluindo novas informações. Dessa forma, a saturação orienta a suspensão da inclusão de novos participantes quando as informações fornecidas pouco acrescentam o material já obtido e não trazem novas contribuições significativas para o aperfeiçoamento da reflexão teórica a que a pesquisa propõe (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008).

3.3.2 Procedimentos para análise dos dados

Os dados qualitativos derivados da pesquisa, por serem de natureza linguística, pois correspondem as narrativas produzidas pelas participantes nas entrevistas semiestruturadas, foram submetidos à Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016). O conjunto formado pelas narrativas colhidas compuseram, dessa forma, o *corpus* de análise da pesquisa qualitativa.

A autora define a Análise de Conteúdo como “um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (2016, p. 44). E afirma, ainda, que a intenção da análise de conteúdo é inferir conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), a partir de indicadores (quantitativos ou não).

Essas inferências, decorrentes da análise realizada, podem levar às causas ou antecedentes da mensagem, ou seja, o que levou a determinado enunciado, e aos possíveis efeitos das mensagens, ou seja, às consequências que o enunciado pode provocar. O fundamento da análise de conteúdo, então, está na relação entre a superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinaram essas características, de forma lógica (BARDIN, 2016).

Para a realização da análise de conteúdo, são previstas três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na primeira fase, denominada de pré-análise, a autora afirma que se trata da realização da organização propriamente dita, que tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais para produção de um quadro preciso do desenvolvimento das operações sucessivas no plano de análise. Além disso, esta fase possui três missões: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2016, p. 125). Na nossa pesquisa, os documentos submetidos à análise foram as transcrições das entrevistas realizadas com cada participante.

Nesse momento, foi realizada, então, a leitura “flutuante”, que consiste no primeiro contato com os documentos transcritos. A reunião desses dados compuseram o *corpus* da pesquisa que precisa obedecer: a regra de exaustividade, ou seja, esgotar a totalidade da comunicação, sem omitir nada; a regra de representatividade, que orienta que a amostra deve representar de maneira satisfatória o universo inicial; a regra da homogeneidade, que diz que os dados devem obedecer os critérios precisos de escolha e referir-se ao mesmo tema, obtidos pelas mesmas técnicas e colhidos por indivíduos semelhantes; e, por último, a regra de

pertinência, que estabelece que os documentos precisam ser adequados e corresponderem ao objetivo da análise (BARDIN, 2016).

Na segunda fase, de exploração do material, foi realizada a codificação dos dados que foram agregados em unidades de registro, ou seja, unidades de significação codificada que corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base. Nesse sentido, a unidade de registro pode ser representada por uma palavra, tema, objeto, personagem, acontecimento ou documento.

Na nossa pesquisa, utilizamos a categorização temática que, conforme Bardin (2016), “consiste em descobrir os “núcleos do sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 135). A autora afirma ainda que o tema geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar atitudes, valores, crenças, motivações de opiniões, e por isso acreditamos se adequar melhor a nossa pesquisa.

Nessa fase foram realizadas classificações em blocos que expressem determinadas categorias temáticas. Era realizada, então, a leitura e também a separação de trechos das narrativas que representavam um mesmo tema. A partir disso foi possível organizar as ideias descritas pelas participantes até constituir as categorias finais.

Na terceira fase, que corresponde ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, o pesquisador, diante dos resultados brutos, procura tornar os dados significativos e válidos. Para isso, o pesquisador deve ir além dos conteúdos manifestos dos documentos, sendo capaz de captar os conteúdos latentes do material, ou seja, do sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (CÂMARA, 2013).

Nessa fase, foi realizada a interpretação dos dados coletados através da inferência e por isso, utilizando-se um referencial teórico capaz de dar sentido às interpretações. Para isso, utilizamos a abordagem da Psicologia Histórico-Cultural, desenvolvendo também diálogos com os achados recentes de pesquisas da área. A discussão dos resultados qualitativos, então, se fundamentou a partir da realização dessa análise.

Para a análise dos dados quantitativos derivados a partir do Mapa Mínimo de Relações (MMR), realizamos a interpretação de acordo com os critérios orientados por Sluzki (1997) que afirma que

a rede pode ser avaliada em termos de suas características estruturais (propriedades da rede em seu conjunto), das funções dos vínculos (tipo predominante de intercâmbio interpessoal característico de vínculos específicos e da soma ou combinação do conjunto de vínculos) e dos atributos de cada vínculo (propriedades específicas de cada relação) (p. 44)

Dessa forma, conforme abordado em profundidade na fundamentação teórica, em relação à estrutura, podemos analisar o tamanho, ou seja, a quantidade de vínculos, a densidade, a composição ou distribuição, a homogeneidade ou heterogeneidade, os atributos de vínculos específicos e o tipo de funções desempenhadas. Em relação às funções, analisaremos de acordo com os tipos de funções desempenhadas nos vínculos, que podem ser: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação ou controle emocional, ajuda material e de serviço e acesso a novos contatos. E em relação aos atributos dos vínculos, podemos analisar as funções predominantes, a multidimensionalidade ou versatilidade, a reciprocidade, a intensidade ou compromisso da relação, a frequência dos contatos e a história da relação.

Para organização da análise de cada MMRs, utilizamos o que foi proposto por Queiroz (2018), que construiu o que ele denominou de Ostra de Cores (Anexo III). Trata-se de um círculo dividido em seis espaços que foram preenchidos com seis cores possíveis correspondentes às seis funções de vínculos, conforme Legenda de Cores na Figura 1. Dessa forma, cada MMR produzido pelas participantes foi digitalizado e cada vínculo foi representado pela Ostra de Cores correspondente, de acordo com as funções atribuídas pelas participantes na coleta de dados. A partir disso, foi possível obter uma imagem gráfica do MMR, o que facilitou a análise, interpretação e representação dos dados colhidos. Essas informações complementaram, assim, os dados categorizados na Análise de Conteúdo temática.

Figura 1 - Legenda de Cores

Companhia social	Realização de atividades conjuntas ou simplesmente estar juntos; compartilhar a rotina diária.	
Apoio emocional	Fornecer intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a boa vontade do outro.	
Guia cognitivo e conselhos	Interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis.	
Regulação (ou controle) social	Interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas.	
Ajuda material e de serviços	Colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo serviços de saúde.	
Acesso a novos contatos	Abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo.	

Fonte: Queiroz (2018)

Além disso, em relação aos dados sociodemográficos coletados foi feita uma análise estatística descritiva, em que foi verificada a frequência e a distribuição de dados através de tabulação realizada no software *Office Excel 365*. Essa etapa teve por finalidade representar a distribuição do grupo de participantes e suas características, bem como as informações sobre a internação hospitalar. Tais informações são relevantes para entender a experiência de cada participante e por isso, compõe os dados de análise.

3.4 Considerações éticas

A presente pesquisa seguiu o pressuposto contido nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12, 510/16 e 508/18, pertinentes respectivamente às pesquisas com seres humanos, pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e pesquisas no âmbito do SUS. Dessa forma, a participação dos sujeitos foi de caráter livre, voluntário e isento de remuneração.

Além disso, a obtenção das entrevistas somente foi efetivada a partir da aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O projeto foi submetido com CAAE nº 15979619.2.0000.5020, obtendo o parecer 3.421.202, tendo sido aprovado conforme consta no Parecer do Comitê de Ética (Anexo VI).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nessa seção traremos os resultados e a discussão dos dados em formato de artigo para o melhor aproveitamento da pesquisa. Na sequência apresentaremos o primeiro artigo que apresenta a revisão integrativa de literatura realizada a fim de compreender o papel do Apoio Social para mães de bebês prematuros. Para isso foi realizada uma busca nos bancos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o período de 2014 a 2019, a partir dos descritores “*mothers*”, “*prematurity*” e “*social support*” e um total de 23 artigos foram analisados.

4.1 O papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade: uma revisão de literatura¹

RESUMO

A gestação e o puerpério são períodos marcantes para a mulher, que envolvem transformações, com mudanças hormonais, físicas, emocionais e até psíquicas. Quando nesse processo é acrescido um parto prematuro e a necessidade de internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal, a experiência pode tornar-se traumática e desencadear uma crise. Nesse contexto, o Apoio Social pode ser considerado fator importante que influencia a vivência das mulheres mães de recém-nascidos pré- termos. Esta pesquisa objetivou compreender o papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade, a partir da realização de uma revisão integrativa de literatura. Foi realizada uma busca nos bancos de dados com os descritores “*mothers*”, “*prematurity*” e “*social support*” no período entre 2014 e 2019 e um total de 23 artigos foram recuperados e analisados. Foi encontrado que o Apoio Social desempenha papel na manutenção da saúde mental das mães, é um fator importante no enfrentamento da experiência de internação e, ainda, que a atuação da equipe de saúde é considerada uma fonte significativa de Apoio Social. Diante disso, é necessário o desenvolvimento de ações destinadas ao estímulo e fortalecimento do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros e melhorias das práticas profissionais a partir da conscientização do seu papel no Apoio Social, pontos que beneficiarão a vivência da maternidade na prematuridade. Sugere-se ainda a realização de mais estudos para o aprofundamento da temática.

4.1.1 Introdução

A prematuridade tem sido um assunto amplamente estudado pelos diversos profissionais da área de saúde. Sua relevância se dá pelo elevado índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no mundo, o que constitui um sério problema de saúde e está relacionado a um alto índice de mortalidade neonatal. É de extrema importância, assim, o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o tema.

O período que compreende a gravidez, o parto e o puerpério é permeado por diversas transformações. A mulher vivencia mudanças significativas que abrangem os aspectos emocionais, psíquicos, físicos, hormonais, sociais e familiares. Quando esse processo ainda é acrescido pela especificidade de um parto prematuro e a necessidade de internação do recém-

¹ A referida revisão foi apresentada em formato oral no 13 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, realizado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, em Covilhã, Portugal, de 30 de janeiro a 1 de fevereiro de 2020. O resumo do trabalho foi publicado na Revista Psicologia Saúde & Doenças, Volume 21 (suplemento). O texto completo está inserido nos anais do 13 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, p. 571-579 e por isso a formatação que aqui se apresenta segue as normas da Revista de publicação. Link: http://wordpress.ubi.pt/13cnps/wp-content/uploads/sites/38/2020/02/13CongNacSaude-c_.pdf

nascido em uma Unidade Neonatal, a vivência pode tornar-se traumática e estabelece-se uma crise para os pacientes, pais e familiares.

Diversos estudos apontam as relações entre aspectos psicossociais e vivências subjetivas das mães e resultados em saúde relacionados ao impacto da prematuridade, abordando inclusive aspectos neurofisiológicos (desenvolvimento dos filhos, ocorrência de doenças, etc.). Nessa linha de investigação, aparecem outros estudos que apontam o Apoio Social como elemento importante na vivência da maternidade, período repleto de situações potencialmente estressantes.

Apoio Social pode ser definido como as relações socioafetivas que o indivíduo estabelece com as pessoas e com o meio em que está inserido, que são capazes de oferecer recursos emocionais, cognitivos e materiais, além de proporcionar noção de segurança e pertencimento. Tal construto tem sido amplamente estudado na área da saúde em relação a condições diagnósticas e esses estudos têm destacado o Apoio Social como fator protetivo e promotor de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações difíceis, sendo relacionado a desfechos positivos de saúde (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011).

Nesse sentido, a prematuridade surge como fator estressor devido todas as adversidades que a família e o bebê precisam enfrentar e, por isso, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos que investiguem a importância do Apoio Social e suas características nesse cenário. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo compreender o papel do Apoio Social na vivência da maternidade na prematuridade.

4.1.2 Método

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura a partir do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para isso, foram utilizados os termos “*mothers*”, “*prematurity*” e “*social support*” no período entre 2014 e 2019. Após a exclusão de artigos que tratavam de temas tangenciais ao objetivo da pesquisa, foram selecionados 23 artigos que abordaram o Apoio Social na vivência da maternidade diante da situação de prematuridade, os quais foram minuciosamente analisados.

4.1.3 Resultados

A fim de facilitar a visualização dos estudos selecionados, os resultados foram organizados na Tabela 1 de acordo com o ano de publicação, autores, título, fonte, país, tipo de estudo e amostra, sendo ainda cada um deles identificado com um número de 1 a 23.

Tabela 1 - Categorização dos artigos quanto ao ano de publicação, autores, título, fonte, país, tipo de estudo e amostra

Nº	Ano	Autor	Título	Fonte	País	Tipo	Amostra
1	2014	McDonald S. W.; Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan S. M.; Tough, S. C.	Estresse psicossocial cumulativo, recursos de enfrentamento e parto pré-termo.	Archives of Women's mental health	Canadá	Quantitativo	3021 mulheres
2	2014	Treyvaud, K.i; Lee, K. J.; Doyle, Lex W.; Anderson, P. J.	Parto Muito Prematuro influencia saúde mental parental e resultados da família sete anos após o nascimento.	The Journal of Pediatrics	Austrália	Quantitativo	48 famílias de 183 crianças nascidas muito prematuras (<30 semanas de gestação) e 66 famílias de 69 crianças nascidas a termo
3	2015	Dantas, C.M.M.; Araújo, B.P.C., Revorêdo, S.L., Pereira, G.H. & Maia, C.E.M.	Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênia.	Acta Colombiana de Psicologia	Brasil	Quantitativo	70 genitoras de bebês a termo e 70 mães de recém-nascidos prematuros internados
4	2014	Suttora, C; Spinelli, M; Monzani, D.	Da prematuridade ao estresse parental: o papel mediador do transtorno do estresse pós-traumático perinatal.	European Journal of Developmental Psychology	Itália	Quantitativo	156 mães de crianças a termo e 87 mães de crianças prematuras
5	2016	Koliouli, F.; Gaudron, C.; Raynaud, J.	Estresse, Enfrentamento e Transtorno de Estresse Pós-traumático de Pais de Prematuros Franceses.	Newborn and infant nursing reviews	França	Quantitativo	48 pais de recém-nascidos pré-termos
6	2014	Eutrope, J.; Thierry, A.; Lempp, F.; Aupetit, L.; Saad, S.; Dodane, C.; Bednarek, N.; De Mare, L.; Sibertin-Blanc, D.; Nezelof, S.; Rolland, A.	Reações emocionais de mães que enfrentam nascimentos prematuros: estudo de 100 díades materno-infantis com 32 semanas gestacionais.	Plos One	França	Quantitativo	100 díades materno-infantis
7	2016	Ionio, C.; Colombo, C.; Brazzoduro, V.; Mascheroni, E.; Confalonieri, E.; Castoldi, F.; Lista, G. L.	Mães e pais na UTIN: o impacto do parto prematuro no sofrimento parental.	Europe's Journal of Psychology	Itália	Quantitativo	21 mães e 19 pais de bebês prematuros e 20 mães e 20 pais de bebês a termo.

Nº	Ano	Autor	Título	Fonte	País	Tipo	Amostra
8	2015	Wu, C.Y.; Hung, C.H.; Chang, Y.J.	Preditores do estado de saúde em mães de bebês prematuros com implicações para a prática clínica e pesquisas futuras.	Worldviews Evid Based Nurs	Taiwan	Quantitativo	203 mães de bebês prematuros
9	2014	Wado, Y. D.; Afework, M. F.; Hindin, M. J.	Efeitos da Intenção da gravidez materna, sintomas depressivos e Apoio Social no Risco de Baixo Peso ao Nascer: Um estudo prospectivo do sudoeste da Etiópia.	Plos One	Etiópia	Quantitativo	622 mulheres foram acompanhadas e 537 pesos ao nascer foram medidos.
10	2016	Cherry, A. S.; Mignogna, M. R.; Vaz, A. R.; Hetherington, C.; Mccaffree, M. A.; Anderson, M. P.; Giles, S. R.	A contribuição do funcionamento psicológico materno para o tempo de permanência do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Internacional Journal of Women's health	Estados Unidos	Quantitativo	111 mães de neonatos internados em UTIN
11	2018	Carty, Cara L.; Soghier, Lamia M.; Kritikos, Katherine I.; Tuchman, Lisa K.; Jiggetts, Michelle; Vidro, Penny; Streisand, Randi; Fratantoni, Karen R.	Estudo de apoio a pais: um ensaio clínico randomizado de uma intervenção de um pai ou mãe para melhorar os resultados após a alta da unidade de terapia intensiva neonatal.	Contemporary Clinical Trials	Estados Unidos	Quantitativo	300 díades de pais e filho
12	2014	Sangüesa, P.; Farkas, C.; Rochet, P.	A relação entre representações maternas e comportamento interativo com o estado emocional da mãe, o apoio social percebido e o nível de risco do bebê em um grupo de bebês prematuros.	Estudios de Psicología	Chile	Quantitativo	41 mães de bebês prematuros internados em instituição hospitalar
13	2014	Gerstein, E. D.; Poehlmann-Tynan, J.; Clark, R.	Interações mãe-filho na UTIN: relevância e implicações para a parentalidade tardia.	Journal of Pediatric Psychology	Estados Unidos	Quantitativo	130 díades mãe e bebê
14	2017	Gatta, M.; Miscioscia, M.; Svanellini, L.; Peraro, C.; Simonelli, A.	Uma perspectiva psicológica sobre crianças prematuras: a influência de fatores contextuais na qualidade das interações familiares.	BioMed Research International	Itália	Quantitativo	78 famílias, sendo 39 com filhos prematuros e 39 famílias com filhos a termo.

Nº	Ano	Autor	Título	Fonte	País	Tipo	Amostra
15	2018	Granero-Molina, J.; Medina, I.; Fernández-Sola, C.; Hernández-Padilla, J.; Lasserrotte, M.; Rodríguez, M.	Experiências de mães de prematuros extremos após a alta hospitalar.	Journal of Pediatric Nursing	Espanha	Qualitativo	20 mães de bebês prematuros extremos internados em UTI
16	2016	Ncube, R. k.; Barlow, H.; Mayers, P.M.	Uma vida incerta - A vulnerabilidade do meu bebê: a experiência vivida das mães de conexão com seus bebês prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal de Botsuana.	Curationis	Botsuana	Qualitativo	8 mães de bebês prematuros
17	2016	Koliouli, F.; Gaudron, C. Z.; Raynaud, J.	Experiências de vida de pais franceses prematuros: um estudo qualitativo.	Journal of Neonatal Nursing	França	Qualitativo	48 pais de recém-nascidos prematuros
18	2016	Mousavi, S. S.; Chaman, R.; Khosravi, A.; Mohagheghi, P.; Mousavi, S. A.; Keramat, A.	As necessidades dos pais de bebês prematuros no Irã e uma comparação com os de outros países: uma revisão sistemática e uma meta-análise.	Iranian Journal of Pediatrics	Irã	Teórico	17 estudos
19	2014	Vázquez, V.; Cong, X.	<i>Parenting</i> um bebê na UTI: Uma síntese meta-etnográfica.	International Journal of Nursing Sciences I	Estados Unidos	Teórico	14 estudos
20	2015	Horwitz, S. M.; Storfer-Isse, A.; Kerker B. D.; Lilo, E.; Leibovitz, A.; St John, N.; Shaw, R. J.	Um modelo para o desenvolvimento da vulnerabilidade percebida das mães de bebês prematuros.	Journal of developmental and behavioral pediatrics	Estados Unidos	Estudo Randomizado – Quantitativo	105 mulheres
21	2017	Nie, C.; Dai, Q.; Zhao, R.; Dong, Y.; Chen, Y.; Ren, H.	O impacto da resiliência nos resultados psicológicos em mulheres com ameaça de trabalho de parto prematuro e cônjuges: um estudo transversal no Sudoeste da China.	Health and Quality of Life Outcomes	China	Quantitativo	126 mulheres hospitalizadas com ameaça de parto prematuro e 104 cônjuges.
22	2014	Russell, G.; Sawyer, A.; Rabe, H.; Abbott, J.; Gyte, G.; Duley, L.; Ayers, S.	Opinião dos pais sobre o cuidado de seus bebês muito prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal: um estudo qualitativo.	BMC Pediatrics	England	Qualitativo	32 mães e 7 pais de bebês pré-termos

Nº	Ano	Autor	Título	Fonte	País	Tipo	Amostra
23	2014	Perricone, G.; Morales, M. R.; DeLuca, F.;Carollo, A.; Maniscalco, F.; Luzeiro, J.; Polizzi, C.	Competência de coping e papel parental de mães de bebês prematuros.	Minerva Pediatrica	Itália	Quantitativo	16 mães de crianças moderadamente prematuras e 14 mães de crianças gravemente prematuras

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Diante da análise dos estudos, foram identificadas três categorias de acordo com a temática abordada e os resultados apontados: Apoio Social e a saúde mental dos pais de bebês prematuros, Apoio Social e a experiência da internação e Apoio Social e atuação da equipe de saúde. Analisaremos a seguir as temáticas abordadas e o conhecimento produzido em cada grupo de artigos.

4.1.4 Discussão

4.1.4.1 Apoio Social e a saúde mental dos pais de bebês prematuros

Foram encontrados artigos que se destinaram a investigar questões diagnósticas e/ou de sofrimento psíquico dos pais de bebês pré-termos como estresse, ansiedade, depressão, depressão pós-parto e transtorno do estresse pós-traumático, entre outros, enumerados de 1 a 11 na Tabela 1. Treyvaud, Lee, Doyle & Anderson (2014) afirmam, a partir da pesquisa desenvolvida, que pais de crianças nascidas muito prematuras apresentaram maior probabilidade de relatar sintomas de ansiedade moderados a graves, níveis mais altos de sintomas de depressão, pior funcionamento familiar, e níveis mais elevados de estresse parental, quando comparados com os pais das crianças nascidas a termo. Além disso, os autores apontam que o nascimento muito prematuro tem influência negativa no funcionamento dos pais e da família aos 7 anos após o nascimento, o que demonstra a relevância do desenvolvimento de estudos, investigações e ações destinadas a esse grupo de pessoas.

Cruz Dantas, de Bezerra Araújo, da Silva Revorêdo, Guerra Pereira & Chaves Maia (2015) apontam ainda a importância do Apoio Social no contexto do nascimento prematuro, já que foi encontrada uma associação entre Apoio Social e sintomas de ansiedade, conforme exposto anteriormente nos resultados. Sendo assim, este é um aspecto que merece especial atenção, uma vez que a sintomatologia ansiogênica pode representar risco para o equilíbrio emocional materno e para o estabelecimento do contato entre mãe e bebê.

Dentro desta categoria também surgiram artigos que investigaram o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), que indicaram que pais de recém-nascidos prematuros exibem altos níveis de estresse e sintomas de TEPT e, nesse sentido, o Apoio Social aparece como um fator de proteção, sendo utilizado como estratégia de enfrentamento dessas situações de estresse (Koliouli, Gaudron, & Raynaud, 2016; Suttora, Spinelli, & Monzani, 2014). Além disso, os achados da pesquisa desenvolvida por Eutrope *et al.* (2014) apontam que o Apoio Social percebido pela mãe, referente ao número de pessoas reconhecidas para apoiá-la e a

qualidade deste apoio, é essencial e está significativamente relacionada com a ausência de trauma materno antes de ter alta e também parece proteger dos sintomas depressivos após o nascimento prematuro.

Diante da análise dos estudos mencionados, percebemos a grande incidência de sofrimento psíquico dos pais de recém-nascidos prematuros e o Apoio Social foi apontado como fator importante na proteção das mães contra o desenvolvimento de quadros patológicos. Dessa forma, esses artigos apontam a importância do monitoramento e acompanhamento da condição psicológica dos pais de recém-nascidos prematuros, o desenvolvimento de intervenções que possam auxiliá-los nesse processo, bem como o fortalecimento do Apoio Social dessas famílias.

4.1.4.2 Apoio Social e a experiência da internação

Foi identificado ainda resultados referente ao Apoio Social direcionados à experiência das mães e dos pais diante da internação hospitalar dos filhos, abordando as suas necessidades, preocupações e percepções, os papéis parentais e interações familiares nesse cenário, a resiliência e *Coping*, que são os enumerados de 12 a 22 na Tabela 1. O Apoio Social foi apontado como fator importante na experiência dos pais de ter um filho necessitando de cuidados em Unidades Neonatais, na medida em que confere segurança às famílias, auxilia na superação do medo presente durante a internação, serve para o compartilhamento dessa experiência e das dificuldades, protege da construção de percepções exageradas de vulnerabilidades das mães em relação ao filho prematuro, e, ainda, pode contribuir para o enfrentamento e a resiliência dessas mulheres.

4.1.4.3 Apoio Social e atuação da equipe de saúde

Foi identificado uma gama de estudos que discutiram e apontaram a importância do Apoio Social fornecido pela equipe de saúde, que foram os artigos 6, 8, 16, 17, 18, 19 e 22 enumerados na Tabela 1. Ncube, Barlow & Mayers (2016) encontraram, além disso, que o apoio contínuo dos profissionais de saúde com as mães promove sua confiança e competência no cuidado de seus bebês prematuros, enquanto Russell *et al.* (2014) complementam que a disponibilidade da equipe para o fornecimento de informações, o apoio aos pais e o aumento do seu envolvimento no cuidado do bebê tem grande relevância para a experiência de cuidado dos pais com seus bebês prematuros. Também foi apontado que o apoio emocional fornecido pela equipe, trazendo tranquilidade e encorajamento, são importantes para os pais.

A partir da análise desses artigos, é possível perceber a importância do papel da equipe assistencial no fornecimento de apoio às famílias que estão vivendo a problemática da prematuridade e a necessidade do preparo das equipes de saúde para melhoria das práticas profissionais, com atenção integral adequada à família no ambiente hospitalar. Para que isso seja possível, é imprescindível o desenvolvimento de mais pesquisas que produzam conhecimento capaz de fundamentar essas práticas.

4.1.5 Considerações finais

Através da análise minuciosa do levantamento bibliográfico realizado, foi encontrado que o Apoio Social desempenha papel na manutenção da saúde mental das mães e dos pais de recém-nascidos pré-termos e está ligado a menor incidência de quadros patológicos. Os estudos apontam ainda a função do Apoio Social no enfrentamento dos pais da experiência de internação hospitalar dos seus filhos pré-termos, uma vez que ele auxilia na segurança e na superação do medo e atua no compartilhamento da experiência, amenizando o sofrimento. Além disso, a literatura deu grande ênfase na atuação da equipe de saúde como fonte significativa de Apoio Social, sendo identificado que a disponibilidade para compartilhar informações e fornecer apoio emocional pode promover tranquilidade e confiança para as mães e pais de bebês pré-termos.

Diante disso, o presente estudo aponta a necessidade de desenvolvimento de ações destinadas ao estímulo e fortalecimento do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros e melhorias das práticas profissionais a partir da conscientização do seu papel no Apoio Social, pontos estes que trarão impactos positivos à vivência da maternidade na prematuridade. Sugere-se ainda a realização de mais estudos para o aprofundamento da temática apresentada, bem como investigações direcionadas à vivência dos pais diante desta problemática.

4.1.6 Referências²

Carty, C. L., Soghier, L. M., Kritikos, K. I., Tuchman, L. K., Jiggetts, M., Glass, P.,

Fratantoni, K. R. (2018). The Giving Parents Support Study: A randomized clinical trial

² Formatação da Referência segue as normas da publicação.

- of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. *Contemporary Clinical Trials*, 70(January), 117–134.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.05.004>
- Cherry, A. S., Mignogna, M. R., Vaz, A. R., Hetherington, C., McCaffree, M. A., Anderson, M. P., & Gillaspay, S. R. (2016). The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Women's Health*, 8, 233–242. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S91632>
- Cruz Dantas, M. M., de Bezerra Araújo, P. C., da Silva Revorêdo, L., Guerra Pereira, H., & Chaves Maia, E. M. (2015). Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: Avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicologia*, 18(2), 129–138. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.11>
- Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., ... Rolland, A. C. (2014). Emotional reactions of mothers facing premature births: Study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks. *PLoS ONE*, 9(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104093>
- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Peraro, C., & Simonelli, A. (2017). A psychological perspective on preterm children: The influence of contextual factors on quality of family interactions. *BioMed Research International*, 2017.
<https://doi.org/10.1155/2017/9152627>
- Gerstein, E. D., Poehlmann-Tynan, J., & Clark, R. (2015). Mother-child interactions in the NICU: Relevance and implications for later parenting. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(1), 33–44. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu064>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos Brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(3), 1755–1769. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>
- Granero-Molina, J., Fernández Medina, I. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Jiménez Lasserrotte, M. del M., & López Rodríguez, M. del M. (2019). Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 45(xxxx), e2–e8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
- Horwitz, S. M. C., Storfer-Isser, A., Kerker, B. D., Lilo, E., Leibovitz, A., St. John, N., & Shaw, R. J. (2015). A model for the development of mothers' perceived vulnerability of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(5), 371–380.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000173>

- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in nicu: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology, 12*(4), 604–621.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016a). Life experiences of French premature fathers: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing, 22*(5), 244–249.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.04.003>
- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016b). Stress, Coping, and Post-traumatic Stress Disorder of French Fathers of Premature Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 16*(3), 110–114. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.003>
- McDonald, S. W., Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan, S. M., & Tough, S. C. (2014). Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Archives of Women's Mental Health, 17*(6), 559–568. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0436-5>
- Mousavi, S. S., Chaman, R., Khosravi, A., Mohagheghi, P., Mousavi, S. A., & Keramat, A. (2016). The needs of parents of preterm infants in Iran and a comparison with those in other countries: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Pediatrics, 26*(5). <https://doi.org/10.5812/ijp.4396>
- Ncube, R. K., Barlow, H., & Mayers, P. M. (2016). A life uncertain - My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis, 39*(1), e1–e9.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1575>
- Nie, C., Dai, Q., Zhao, R., Dong, Y., Chen, Y., & Ren, H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: A cross-sectional study in Southwest China. *Health and Quality of Life Outcomes, 15*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0603-2>
- Perricone, G., Morales, M. R., De Luca, F., Carollo, A., Maniscalco, F., Caldas Luzeiro, J., & Polizzi, C. (2014). Coping and parental role competence of mothers of preterm infant. *Minerva Pediatr, 66*, 177–186. Retrieved from
https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/74082/261977/coping_and_parental.pdf
- Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., ... Ooi, L. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: A qualitative study. *BMC Pediatrics, 14*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14>
- Sangüesa, P., Farkas, C., & Rochet, P. (2014). La relación entre representaciones y conducta interactiva materna con el estado emocional de la madre, el apoyo social percibido y el

- nivel de riesgo del niño(a) en un grupo de prematuros. *Estudios de Psicología*, 35(1), 80–103. <https://doi.org/10.1080/02109395.2014.893653>
- Suttora, C., Spinelli, M., & Monzani, D. (2014). From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(4), 478–493. <https://doi.org/10.1080/17405629.2013.859574>
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *Journal of Pediatrics*, 164(3), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Vazquez, V., & Cong, X. (2014). Parenting the NICU infant: A meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 281–290. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.06.001>
- Wado, Y. D., Afework, M. F., & Hindin, M. J. (2014). Effects of maternal pregnancy intention, depressive symptoms and social support on risk of low birth weight: A prospective study from Southwestern Ethiopia. *PLoS ONE*, 9(5), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096304>
- Wu, C. Y., Hung, C. H., & Chang, Y. J. (2015). Predictors of Health Status in Mothers of Premature Infants with Implications for Clinical Practice and Future Research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(4), 217–227. <https://doi.org/10.1111/wvn.12101>

A seguir faremos a apresentação do segundo artigo que resultou da análise e discussão dos dados qualitativos da presente pesquisa. Sob o olhar da Psicologia Histórico-Cultural, objetivou-se compreender as dimensões e o impacto do Apoio Social na vivência das mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar, além de analisar como a rede pública de saúde se constitui como fonte de Apoio Social para essas mulheres.

4.2 A importância do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar

RESUMO

A maternidade é uma experiência complexa e marcante que envolve mudanças importantes na vida da mulher. A prematuridade, nesse contexto, pode ser considerado um agravante dessa experiência, intensificando os medos e a insegurança da mãe. Diante desse momento crítico, o Apoio Social pode ser um fator importante no enfrentamento dessas dificuldades. Essa pesquisa tem como objetivo identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para as mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar, qual o seu impacto na vivência da problemática apresentada e analisar como a rede pública de saúde se constitui como fonte de Apoio Social para essas mulheres. Como metodologia foi utilizada a abordagem qualitativa e descritiva. Participaram da pesquisa seis mulheres mães de bebês prematuros que estavam internados em uma Maternidade na cidade de Manaus-AM. Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizados o levantamento de dados sociodemográfico e entrevista semiestruturada. A análise de dados foi feita com base na Análise de Conteúdo e utilizou-se como aporte teórico a Psicologia Histórico-Cultural de Vygotsky. Como resultado das análises, foram identificadas 4 categorias de sentido: (1) Funções do Apoio Social, (2) Fontes de Apoio Social, (3) Falta de Apoio Social e (4) A Rede Pública de Saúde como Rede de Apoio. Foram destacadas como funções importantes o Apoio Emocional, sendo esta a mais mencionada, o Apoio Material e o Apoio Informacional. Como fontes de Apoio Social foram identificadas a Família e a Equipe de Saúde. Foram analisados ainda relatos de situações que configuraram uma falta de Apoio Social e como interferiram na experiência das participantes. A UBS foi apontada como serviço da rede pública de saúde que as participantes têm mais contato, porém foram relatadas dificuldades quanto ao acesso do serviço. Foi possível concluir que o Apoio Social mostrou ter um papel significativo na experiência das mulheres mães de bebês prematuros, sendo um fator protetivo e também aliado no enfrentamento da internação e de todos os desafios decorrentes desse problemática. É imprescindível o preparo dos profissionais de saúde para fornecer Apoio Social e assim assistir de forma qualificada e humanizada esse público.

Palavras-chave: Apoio Social, Maternidade, Prematuridade, Hospitalização.

4.2.1 Introdução

A maternidade, apesar de ser um processo natural, é uma experiência complexa que envolve mudanças fisiológicas, psicológicas, afetivas, sociais e relacionais. Desde a gestação, a mulher já vivencia mudanças com os enjoos, o aumento de sono e do apetite, transformações no corpo, além da hipersensibilidade emocional, a ambivalência afetiva, medos e dúvidas decorrentes desse período (MALDONADO, 2017).

O puerpério, período que se inicia logo após o parto, é considerado a fase mais delicada de todo esse processo, pois é o momento em que a mulher está mais sensível a todas as mudanças vividas no momento e a labilidade emocional é acentuada. Strapasson e Nedel (2010)

investigaram sobre o significado de maternidade no puerpério imediato e seus achados apontaram, a partir da análise das narrativas das participantes, que a experiência da maternidade é vista de forma singular, em que se é atribuído um significado de realização de um sonho alinhado à responsabilidade e ao compromisso com o novo ser que é totalmente dependente da mãe.

Diante disso, a maternidade vem carregada de sentimentos de insegurança e de medo, por ser um momento novo, de grande responsabilidade, e também de cobranças pessoais para ser uma boa mãe e desempenhar os cuidados necessários pro bebê. Maldonado (2017) afirma que o puerpério é um período de transformação, que acarreta novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho e grandes variações da rotina e do relacionamento familiar. Esse é o momento em que a mulher vai assumir concretamente a maternidade.

Nesse contexto de intensas mudanças, a prematuridade aparece como um agravante nessa experiência que já é permeada de inseguranças e medos. O nascimento de um bebê prematuro pode instaurar uma crise no âmbito familiar, pois ele traz à tona o inesperado, um parto diferente do que o imaginado, um bebê que precisa de cuidados intensivos e tratamentos, a impossibilidade muitas vezes de estar ao lado da mãe, e além disso, a possibilidade da morte.

Scarabel (2011) afirma que gerar um filho normal é o principal objetivo da maioria das mulheres e a maior parte apresenta medo de que seu filho possa ser anormal ou revelar suas próprias fraquezas secretas internas. Estar diante de um bebê diferente do que o imaginado e que além disso, necessita de internação e suporte de equipe especializada e equipamentos, em um ambiente totalmente novo, mobiliza essa família e muitas emoções são ativadas em decorrência desse momento. Segundo Maldonado (2017) sentimentos como medo, tristeza, raiva, sentimento de culpa e de impotência, além de outras emoções combinadas nas mais variadas formas são comuns dentro desse contexto.

Diante de toda essa problemática apresentada, segundo Coob (1976, p.300), teórico de referência e clássico na literatura sobre os estudos na área, o Apoio Social é entendido como “a informação que leva o sujeito a acreditar que ele é cuidado e amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas”. Sendo assim, o Apoio Social pode ter grande utilidade no enfrentamento das dificuldades decorrentes da prematuridade.

Esse constructo tem sido amplamente estudado na área da saúde em relação a condições diagnósticas como doenças crônicas ou agudas, estresse, aspectos socioafetivos, situações de crises, entre outros. Tais estudos tem destacado o Apoio Social como fator protetivo e promotor de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações difíceis, sendo relacionado a desfechos positivos de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Nesse sentido, Sluzki (1997, p.35), estudioso importante e referência da área, traz o conceito de Rede Social Significativa que pode ser definida como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. O autor aponta ainda que essa rede faz parte da constituição da identidade da pessoa, contribuindo para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem, constituindo experiências de bem-estar, competência, hábitos de cuidado da saúde e capacidade de adaptação em uma crise. Sluzki (1997) designa, então, um caráter dinâmico, relacional e individual ao conceito, que compreende ainda fatores micro e macroscópicos que se influenciam mutuamente, como os contextos culturais, políticos, históricos, econômicos, religiosos e do meio ambiente, como especificidades de uma região ou país.

Ao analisar as pesquisas da área, é possível perceber que não há consenso sobre a definição conceitual do Apoio Social, havendo inclusive uma diversidade de termos para se referir a esse mesmo constructo (MACEDO *et al.*, 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011; CANESQUI e BASAGLINI, 2011; ABREU-RODRIGUES e SEIDL, 2008;). Na nossa pesquisa, para fins expositivos, utilizaremos o termo Apoio Social, fazendo referência a todo esse campo conceitual, seguindo o que tem sido utilizado e encontrado em estudos da área.

Pensando de forma mais ampla sobre o Apoio Social é importante destacar o papel dos serviços de saúde destinado à assistência à mulher e ao bebê dentro dessa problemática da prematuridade. Esses serviços podem desempenhar um importante papel de apoio, desempenhando suas funções de tratamento e cuidado, mas além disso fornecendo apoio emocional e auxiliando, assim, no enfrentamento dessas mulheres.

Diante disso, o presente artigo tem por objetivo identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para as mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar e qual o seu impacto na vivência da problemática apresentada. Além disso, pretendemos analisar como a rede pública de saúde pode se constituir como fonte de Apoio Social para essas mulheres. Acreditamos que esses achados são de fundamental importância para auxiliarmos essas mulheres nesse processo e assim, traçarmos melhorias no seu atendimento e acompanhamento.

4.2.2 Metodologia

A fim de alcançar os objetivos propostos cujo foco está na vivência e na experiência das participantes, optamos pela pesquisa de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2012) essa abordagem de pesquisa visa compreender e explicar o universo de significados, crenças,

valores, atitudes e hábitos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Assim, é possível aproximar-se da experiência do sujeito da pesquisa, acessando suas dimensões simbólicas, o que contribuirá para a análise de dados.

Em relação ao tipo, trata-se de uma pesquisa descritiva. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinado fenômeno ou grupo de pessoas ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Sendo assim, a pesquisa descritiva é a mais alinhada ao objetivo da presente pesquisa.

Participaram dessa pesquisa 6 mulheres mães de bebês prematuros que estavam internados na Maternidade Azilda da Silva Marreiro, localizada na zona norte da cidade de Manaus-AM, local em que os dados foram coletados. Este número de participantes foi definido de acordo com o critério de saturação que propõe a finalização da coleta de dados quando os dados obtidos passam a apresentar, segundo a avaliação do pesquisador, uma certa repetição ou redundância, não sendo mais relevante continuar incluindo novas informações.

Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos: (1) levantamento de dados sociodemográficos, para coleta de informações como idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia, religião e informações socioeconômicas e familiares, além de informações sobre a gestação, pré-natal e internação, como semana de gestação no momento do parto, tipo de parto, peso ao nascer, quantidade de consultas de pré-natal; e (2) entrevista semiestruturada com um roteiro de perguntas abertas com vistas a dar ênfase no caráter subjetivo do que for expresso pelas participantes, explorando, assim, a vivência e a experiência decorrentes da situação em que se encontram. Todo o material coletado foi gravado e posteriormente transcrito.

Para análise dos dados da entrevista semiestruturada foi utilizado a Análise de Conteúdo temática proposta por Bardin (2016), a qual permite extrair, através de “procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p.44). A partir dessa técnica foi possível identificar temas comuns que surgiram nas falas das participantes, e foi a partir desses temas que se deu a organização e discussão dos dados. Já em relação aos dados sociodemográficos coletados foi feita uma análise estatística descritiva, em que foi verificada a frequência e a distribuição de dados através de tabulação realizada no software *Office Excel 365*.

Os resultados obtidos da análise de conteúdo foram elucidados com base na Psicologia Histórico-Cultural proposta por Lev Vygotsky, que afirma não haver outro modo de estudar o pensamento e a fala a não ser pelo método dialético. Assim, ele propõe um olhar do homem como um ser modificado pela realidade histórica e cultural em que está inserido ao mesmo

tempo em que também a modifica através das suas ações e instrumentos, como a fala (VYGOTSKY, 2007).

Sendo assim, a fala possui uma função simbólica e para captarmos seus sentidos é necessário considerar as vivências, lembranças e percepções individuais, que, por sua vez, carregam em si as influências históricas e culturais. Este é o olhar adotado nesta pesquisa e que delimitou toda a análise dos dados.

É importante ainda ressaltar que a presente pesquisa seguiu os pressupostos contidos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12, 510/16 e 508/18, pertinentes respectivamente à pesquisas com seres humanos, pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e pesquisas no âmbito do SUS. Além disso, obteve a devida aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com CAAE nº 15979619.2.0000.5020.

4.2.3 Resultados e discussão

Participaram dessa pesquisa 6 mulheres que tiveram filhos pré-termos, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação e estavam em situação de internação hospitalar em uma maternidade da cidade de Manaus-AM. No momento da entrevista, todos os recém-nascidos (RN) estavam internados, cinco deles em Unidade Neonatal, e um havia obtido alta da UTIN para o Alojamento Conjunto (ALCON) há três dias.

A fim de garantir os critérios éticos da pesquisa e preservar a identidade das participantes, decidimos identifica-las com a inicial “P” de participante e o número da ordem de participação, adicionando ainda informações como idade, nº de filhos e tempo de internação em dias, conforme o exemplo: (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias). Apresentamos na Tabela 2 o perfil sociodemográfico do grupo de participantes estudado.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das participantes

Participante	Idade	Escolaridade	Profissão	Religião	Cor	Estado Civil	Nº de filhos	Tempo de internação até a data da entrevista
P1	23	Médio Completo	Não trabalha	Evangélica	Parda	União Estável	3	28 dias
P2	30	Médio Completo	Autônoma	Católica	Parda	União Estável	5	15 dias
P3	25	Médio Incompleto	Não Trabalha	Evangélica	Parda	Solteira	3	15 dias
P4	21	Médio Completo	Agricultora	Não possui	Parda	União Estável	3	22 dias
P5	31	Fundamental Completo	Não trabalha	Evangélica	Parda	União Estável	1	13 dias
P6	22	Superior Incompleto	Vendedora/Desempregada	Evangélica	Parda	União Estável	1	52 dias

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A faixa etária variou entre 21 e 31 anos, quanto à escolaridade metade delas completaram o Ensino Médio, 1 o Ensino Fundamental, 1 tinha o Ensino Médio Incompleto e 1 o Superior incompleto. Metade delas não trabalham, 1 autônoma, 1 agricultora e 1 vendedora. Em relação à religião, em sua maioria eram evangélicas, 1 católica e 1 não possuindo religião. Todas se declararam como pardas e 5 possuíam União Estável com um companheiro. Quanto ao número de filhos, variou entre 1 e 5, sendo a sua maioria com mais de 1 filho. O tempo médio de internação até a data da entrevista foi de 24,16 dias, variando entre 13 e 52 dias.

Todas as participantes eram residentes no município de Manaus, sendo a P4 (21 anos, 3 filhos, 22 dias) a única que possuía moradia na zona rural. A fim de entendermos melhor as características e experiências em relação a maternidade, organizamos os dados referentes a gestação, pré-natal e parto, bem como informações sobre o recém-nascido (RN) na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados sobre gestação, pré-natal e parto

Participante	Consultas Pré-natal	Gestação Planejada	Semanas de gestação	Tipo de Parto	Peso do RN ao nascer	Sexo do RN	Número de Gestações
P1	2	Não	31	Cesariana	1,450 kg	Feminino	4
P2	0	Não	35	Normal e Domiciliar	2,025 kg	Masculino	5
P3	0	Não	36	Cesariana	3,145 kg	Masculino	3
P4	4	Não	32	Normal	1,530 kg	Feminino	3
P5	5	Sim	31	Cesariana	1,700 kg	Masculino	1
P6	3	Não	31	Normal	1,320 kg	Masculino	1

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A quantidade de consultas realizadas no pré-natal variou entre 0 e 5, e somente uma das participantes relataram ter planejado a gestação. As semanas de gestação ao nascer variaram entre 31 e 36 semanas, e metade delas tiveram parto cesáreo, metade normal, sendo que uma delas teve também domiciliar. Quanto ao peso do RN ao nascer, percebemos uma variação entre 1,320 kg e 3,145 kg, sendo 4 deles do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Em relação ao número de gestações, variou entre 1 e 5.

Como resultado da leitura minuciosa e da análise dos dados coletados, chegamos a 4 (quatro) categorias temáticas que descrevem as dimensões do Apoio Social e seu impacto na vivência das mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar. São elas: Funções do Apoio Social, Fontes de Apoio Social, Falta de Apoio Social e A rede pública de saúde como fonte de Apoio Social.

4.2.3.1 Funções do Apoio Social

Essa categoria abarca os relatos das participantes sobre as funções do Apoio Social, os aspectos importantes percebidos pelas participantes, ações e exemplos que foram considerados como significativos na sua vivência. As dimensões identificadas foram organizadas em subcategorias: Apoio Emocional, Apoio Material e Apoio Informacional, as quais serão discutidas a seguir.

4.2.3.1.1 Apoio Emocional

Essa subcategoria abarca os relatos das participantes acerca do Apoio Emocional percebido durante a hospitalização e que as ajudaram a enfrentar essa experiência. Esse tipo de apoio diz respeito à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém efetivamente disponível, que fornece escuta, confiança e interesse (MACEDO *et al.* 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011).

O Apoio Emocional foi a dimensão de apoio mais relatada pelas participantes da pesquisa, que atribuíram como importante a disponibilidade das pessoas de escutá-las, de estarem ao seu lado nos momentos difíceis, de ter a atenção e o cuidado das pessoas e se sentirem valorizadas. Podemos perceber essas características através dos trechos das entrevistas a seguir:

“Eles estavam ali ‘olha, vai ficar tudo bem’ (...) Como eu falei, a gente cria um elo de amizade. E todo mundo torce para a gente poder ir para casa. (...) Então, assim, é muito gratificante isso.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“Me ajudou muito porque a gente pensa que está sozinha, mas a gente nunca está sozinho, né? As pessoas vêm, conversam, apoiam a gente, dão força, dão ânimo, bota a gente para cima. (...) A gente fica mais forte. Tanto para a gente com passa pra criança também.” (P3, 25 anos, 3 filhos, 15 dias)

“Eu acho que as técnicas, como elas viram a minha situação elas se tornaram amigas minhas, entendeu? Então eu conversava e a gente brincava, tirava brincadeira uma com a outra. Então vai ficando como se vocês e a gente fosse da família. Todo dia a gente vê, a gente conversa, troca telefone, para mim foi ótimo! Elas são muito boas mesmo para mim, foi muito bom mesmo. Porque não foi só essa parte de profissionalização, sabe?” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)

“É incrível que com as enfermeiras que eu nem conheço, eu converso, eu falo da minha vida, sabe? Parece que eu conheço elas há anos e uma troca informação com a outra. É legal isso. (...) É tanto carinho que a gente recebe que a gente pega afeto.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

Essas falas demonstram a importância do apoio emocional fornecido pelas pessoas que estão a sua volta. A equipe de saúde foi apontada diversas vezes como parte relevante na percepção do apoio emocional dessas mulheres, que relataram proximidade com os profissionais, confiança, carinho e afeto. Exequiel *et al.* (2019) reforçam que a equipe multiprofissional deve procurar minimizar os traumas causados pela internação na UTIN, fornecendo um cuidado humanizado como forma de reduzir o estresse e o sofrimento decorrente desse contexto.

As participantes relatam que as mensagens recebidas pelos familiares e amigos também ajudam nesse momento. O contato através do celular, ligações e pelas redes sociais contribui para o fortalecimento emocional, como vemos nos relatos a seguir:

“Ela (sogra) tá sofrendo muito com a gente aqui dentro, ela sempre procura manter contato, manda a foto das crianças, dizer que tá tudo bem, que ela ora. (...) Então ela diz que ela não vê a hora da gente ir pra casa, pra cuidar da gente. (...) Então é muito gostoso ouvir isso.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“‘O importante é que a tua família tá com você, tá te apoiando, tá aqui, o importante é isso’ ela falou ‘o que os outros falam ou deixam de achar o problema é delas, o julgamento tem que ficar é com elas mesmo’. Então tá sendo assim. Mensagens das minhas irmãs, tias, primos que ficam passando mensagem então é uma força a mais.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

As visitas durante a internação também são relatadas como um ponto importante para o apoio emocional: *“Minha mãe vindo me visitar, meus pais, todo mundo vindo visitar.” (P3, 25 anos, 3 filhos, 15 dias)*. A presença de familiares impactou positivamente, contribuindo no momento de hospitalização: *“Também é um conforto. Uma pessoa da família tá ali, tu tá vendo. Ele pegou a neném, é bom!” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)*,

O suporte recebido através de mensagens e das visitas é primordial nessa situação de internação. As mulheres ficam dias fora de casa para acompanhar o bebê na UTIN, distantes de seus outros filhos, dos familiares e amigos. Todo o contato possível com sua rede de apoio pode amenizar essa distância e a sensação de solidão. Essas falas reforçam a importância das instituições hospitalares viabilizarem visitas durante a internação, entendendo como fator importante para o fortalecimento emocional dessas mulheres que ficam tantos dias internadas juntamente com seus filhos prematuros.

A interação que elas estabelecem com o meio em que estão inseridas e com as relações interpessoais produz mudanças emocionais ao mesmo tempo em que essas mudanças irão repercutir novamente no meio. O olhar da Psicologia Histórico-Cultural sobre o sujeito como produto e produtor do meio em que vive é muito bem representado nas falas das participantes analisadas aqui. Vygotsky (2007) fala da importância de adotar uma perspectiva em que se admite a influência da natureza sobre o homem, mas também entende que o homem age sobre a natureza e cria, através dessas mudanças que provocou na natureza, novas condições naturais para sua existência.

As falas analisadas demonstram como a interação com as pessoas ao seu redor e as instituições podem trazer um fortalecimento emocional para as participantes, repercutindo

inclusive na mudança da visão de si mesmas, o que também produz mudanças nas pessoas e no contexto. A mudança nunca é somente externa ou interna.

Outro ponto relatado como importante para o apoio emocional foi o contato com as outras mulheres que também estavam internadas e vivenciando a mesma situação de prematuridade dos filhos, o que podemos perceber pela fala a seguir: *“Aqui dentro as meninas conversam, todo mundo se ajuda né, uma ajudando a outra, dando força para a outra.”* (P3, 25 anos, 3 filhos, 15 dias).

O estudo desenvolvido por Almeida *et al.* (2018), que teve como participantes mães de bebês que estavam internados em UTIN, não somente prematuros, também apontou a importância das amizades construídas entre as mulheres internadas, o que provoca uma ajuda mútua e estabelece uma rede de solidariedade. Essas relações são permeadas pelos sentimentos de empatia, compaixão e cumplicidade, o que traz conforto e ao mesmo tempo confiança e força para o enfrentamento da situação de crise vivenciada por elas.

Além disso, as participantes relataram que por estarem vivenciando uma situação muito difícil, o apoio emocional contribuiu na melhora do humor, da autoestima, na interação social dentro do hospital, impactando ainda na sua disponibilidade para fornecer apoio pro filho internado:

“Me deram muito apoio, muito apoio mesmo. Falando que eu ia sair dessa, que o bebê ia ficar bem. Tudo me levando pra cima, me jogando pra cima mesmo, porque eu estava muito pra baixo.” (P3, 25 anos, 3 filhos, 15 dias)

“Eles conversavam comigo, falavam que ia ficar tudo bem, aquele apoio emocional que a gente precisa nesse momento porque a gente fica muito frágil, fica vulnerável, por causa do quadro da criança, é difícil.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

“Porque se eu não tivesse apoio de ninguém como é que eu estaria agora no meu pensamento, no meu psicológico? Eu já vim de uma depressão da minha filha, da morte dela, aí eu me vendo nessa situação agora com ela sozinha (...) acho que eu teria até rejeitado ela e muito.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

Segundo a concepção de Vygotsky, o ser humano por sua origem e natureza não pode nem existir e nem se desenvolver isoladamente, tendo necessariamente o seu prolongamento nos outros (IVIC, 2010). É possível perceber essa relação através das falas das participantes, que denotam a importância desse contato social e de toda a influência dessa interação na vivência do momento de crise.

As necessidades das mulheres mães de bebês prematuros também devem ser ouvidas e atendidas. Elas também precisam de cuidado e assistência, como é possível perceber através dessas falas. Frigo *et al.* (2015) apontam ser imprescindível a valorização dos sentimentos dos

pais que acompanham seus filhos na UTI, pois eles também demandam atenção e apoio para que consigam perceber o hospital como um ambiente acolhedor e composto por bons profissionais capazes de realizar os cuidados necessários para os seus filhos.

O estímulo dado pela equipe às mulheres para que continue visitando e cuidando do seu filho é percebido também como valioso, como relatado pela Participante 6: *“Me dando força, me abraçou, conversou comigo, e pediu pra eu não deixar de vim conversar com ele, ficar perto dele, que ele estava precisando de mim. Mas eu também estava precisando de alguém, a gente sempre precisa de alguém, do apoio de alguém.”* (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias).

Nesse sentido, Cartaxo *et al.* (2014) apontam que a enfermeira da UTIN, além de incentivar a mãe aos cuidados do filho internado, deve reconhecer o momento de angústia dela tendo sensibilidade para motivá-la a encarar a realidade de forma otimista. O apoio emocional nesse momento de instabilidade e incertezas é primordial e deve ser entendido como parte dos cuidados da equipe de saúde hospitalar, já que percebemos, através das análises, que pode impactar positivamente no enfrentamento da mãe ao momento de internação bem como a sua disponibilidade de assistência ao seu bebê.

4.2.3.1.2 Apoio Material

Nessa subcategoria foram agrupadas as falas das participantes que traziam conteúdos sobre o Apoio Material recebido, que diz respeito à assistência prática e direta na realização das atividades concretas, com disponibilidade de recursos e ajuda material (MACEDO *et al.* 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011). Foram identificados componentes dessas subcategorias em todas as entrevistas, com exceção das participantes P5 (31 anos, 1 filho, 13 dias) e P6 (22 anos, 1 filho, 52 dias).

Esse tipo de suporte foi percebido através do recebimento de fraldas, roupas e utensílios para o bebê, além de dinheiro, como podemos perceber nos trechos a seguir:

“Porque eu não tinha nada do bebê, né? Não tinha nada, não tinha nada. E no mesmo dia era bolsa, era fralda, era roupa, era tanta roupa e fralda. Isso fortalece, minha família tá ali, tá acompanhando.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“E aí meu pai me ajudou muito. (Pesquisadora: Como?) Ele veio de manhã, teve uma vez que ele veio de manhã, que liberaram a entrada dele, trouxe fralda pra bebê. (Pesquisadora: E como ele te ajuda?) Fralda, dinheiro, tudo que eu precisar, tudo que eu precisar eu conto para o meu pai e ele nunca diz não. Se ele puder me ajudar ele me ajuda.” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)

“Me ajudam conversando comigo, dando suporte, me ajudando em tudo, coisas para ele... tanto para ele, quanto para mim.” (P3, 25 anos, 3 filhos, 15 dias)

A partir do relato das participantes, percebemos que o apoio material tem importante função para a percepção do Apoio Social, já que elas estão em contexto de hospitalização, e por isso com restrição de um contato social mais próximo com seus familiares e amigos. Além disso, por estarem acompanhando seus filhos, há uma certa dificuldade para sair do hospital pra comprar o que necessitam, havendo ainda questões relacionadas a dificuldades financeiras. Assim, a ajuda recebida através dos materiais demonstra cuidado, assistência e preocupação do outro.

Lima (2020) realizou um estudo com mulheres mães de bebês prematuros internados em UTIN e investigou aspectos do Apoio Social. Dentre as funções analisadas, o apoio material teve a segunda maior média, ficando atrás somente do apoio afetivo, o que demonstra a importância dessa função para a percepção de Apoio Social das mulheres com filhos prematuros em situação de internação hospitalar. Outro achado relevante foi demonstrado pela pesquisa desenvolvida por Dantas *et al.* (2012) que apontou a existência de uma relação negativa entre sintomatologia depressiva em mães de bebês prematuros internado em Unidade Neonatal e apoio material, informacional e emocional, o que reforça a importância dessas funções para a percepção de Apoio Social.

Percebemos aqui que o material, ou seja, as fraldas, os remédios, o dinheiro recebido, carrega um sentido de cuidado, indo muito além da dimensão material. Vygotsky (1995) aponta que o sujeito, através da mediação do outro, converte as relações sociais em funções psicológicas, que passam a funcionar como sendo parte de sua personalidade. E essa mediação acontece por meio do uso de instrumentos que permitem a internalização, ou seja, a reconstrução interna de uma operação externa.

Esse processo só acontece por meio das relações sociais, através do contato com o outro, que confere sentido interno ao sujeito. Por isso acreditamos que a Ajuda Material, por meio de instrumentos materiais, permite a internalização do se sentir acolhido, cuidado, amado e importante, indo além da necessidade prática.

Outro ponto importante destacado nas falas das participantes quanto ao Apoio Material diz respeito à prestação de serviços e a assistência prática para a realização de atividades, o que foi relatado em relação à ajuda recebida da equipe de saúde da Maternidade. Os cuidados ofertados através dos procedimentos que fazem parte das atribuições profissionais foram significativos para as participantes, como podemos perceber nos relatos a seguir:

“Cuidando dela. Eu digo que, querendo ou não, elas acabam sendo uma segunda mãe para minha filha porque elas têm horário de estar lá dando a dieta das crianças. E os carinhos que ela tem, assim a forma de tratar nossos filhos, sabe, de conversar, de dizer ‘tá tudo bem com o neném, olha só como ele tá reagindo bem, como ele tá aceitando bem a dieta’. Então assim elas me ajudaram bastante nisso.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“O pessoal do refeitório ontem ‘mãezinha, você não vai jantar?’ e aí eu ‘não, não tô com fome’ ela ‘não, vou trazer um mingau para você’ aí ela trouxe.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“Não é ruim ficar internada aqui porque, primeiro, eu achei as técnicas (...) super atenciosas, tudo que você precisa elas vão atrás, então, eu não achei ruim, não. Nessa parte não é ruim.” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)

Nessas falas é possível perceber como a assistência fornecida pela equipe em um momento de dificuldade, que é a internação de um filho prematuro, é valorizada pelas mulheres. O cuidado que fornecem ao seu bebê, dando a dieta, como exemplificado por uma das participantes, é visto como um importante apoio. Além disso, o ato de fornecer comida e de demonstrar preocupação e cuidado com a alimentação da mulher acompanhante também é relatado como exemplo de demonstração de suporte por parte da equipe de saúde.

Os familiares buscam conforto na assistência prestada ao bebê prematuro internado em UTIN, o que contribui para enfrentar e suportar de forma menos traumática essa situação de crise (Lima *et al.*, 2017). Esses atos de cuidado, que fazem parte das atribuições profissionais, são valorizados pelas mulheres e compõem o Apoio Social relatado por elas. Além disso, fornecem segurança e auxílio nas atividades com o recém-nascido, como podemos perceber no relato de uma das participantes que se preocupa em como será quando tiver alta e não tiver mais a equipe de saúde ao seu lado:

“Tanto que até falei ontem com enfermeira ‘será que eu vou sentir falta daqui?’. De certa forma a gente vai, né? Porque aqui a gente tem todo o tempo alguém te auxiliando e em casa, não. Vai ser só tu e o teu bebê. Por mais que eu vou ter apoio de todo mundo em casa, mas vai ter que ser só eu.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

Os familiares de recém-nascidos prematuros internados em UTIN buscam conhecer os recursos institucionais disponíveis para eles e seus bebês, identificando ainda quem da equipe cuida com afeição e doçura (Nascimento *et al.*, 2019). A interação positiva e empática entre os profissionais e as mães contribui para o fortalecimento, trazendo segurança e diminuindo preocupações e sofrimento.

A partir da análise dessa subcategoria percebemos que cada profissional de saúde tem sua atribuição profissional e isso já é entendido como um suporte para as mães de bebês prematuros, porém, através desses relatos percebemos que a forma como as atribuições são

realizadas faz muita diferença para a percepção do Apoio Social. A disponibilidade, o cuidado, a preocupação, a atenção e o afeto transmitido através de palavras e demonstrados através da assistência prática da equipe de saúde tem grande impacto na vivência da problemática da prematuridade e contribui para o enfrentamento dos desafios decorrentes dela. Dessa forma, percebemos que o Apoio Material vai muito além da dimensão material, pois carrega sentido de cuidado, de afeto e de amor.

4.2.3.1.3 Apoio Informacional

Essa subcategoria abarca os relatos das participantes acerca do Apoio Informacional percebido durante a experiência de internação. Esse tipo de apoio está relacionado à obtenção de informações e conselhos úteis para resolver problemas ou lidar com situações. (MACEDO *et al.* 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2011).

Nos momentos difíceis da internação os conselhos e informações recebidas trouxeram impactos importantes para as participantes como podemos observar nos relatos a seguir:

“Só que aí eu conversei com uma enfermeira, que ela me viu chorando. E ela falou assim ‘olha, tu tem que entender que o teu filho tá bem, mas só que no momento quem tá precisando mais de ti é ela’. Aí foi aí que eu fui percebendo que realmente ela precisava de mim.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“Teve um dia que eu não queria vir ver ele. Aí a médica conversou comigo falou que era preciso eu conversar com ele, a minha voz, que era para evoluir o quadro.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

“É importante porque você tá desorientada, você não sabe como proceder. Então quando é assim prematuro, tendo uma equipe que sabe, que te orienta, fica mais fácil, né?” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“Apoiando tudo, decisões... se eu tiver decisões é só correr pra um conselho.” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)

“Eu estava muito emocionada, fiquei alegre pelos conselhos que ela me deu. Ela me chamou num quartinho, me deu conselho, que era pra eu ficar calma, pra eu pensar só no nosso filho, esquecer o mundo lá de fora. Eu gostei desse conselho, das coisas que ela me falou.” (P5, 31 anos, 1 filho, 13 dias)

É possível perceber aqui a importância da linguagem e da fala e seus impactos na vivência das participantes. Vygotsky (2007) aponta que é através da aquisição da fala que nos relacionamos socialmente e ao mesmo tempo, provocamos mudanças no meio. O que o sujeito pensa e expressa é o que ele apreende no seu contexto, mas também dialeticamente, é pela fala que ele pode interagir e transformar o mundo.

Através dos relatos das participantes podemos perceber como a fala foi instrumento para a mediação com o meio, pois a interação com as pessoas que estavam ao seu redor, através da fala, permitiu a compreensão da situação sob diferentes perspectivas. Essas mudanças internas provocadas pelas relações sociais contribuíram para o enfrentamento da internação, período permeado por tantas incertezas e dificuldades.

As participantes também relataram a importância de informações dadas pela equipe em relação aos cuidados do bebê prematuro, já que estavam vivenciando uma situação completamente nova. As orientações sobre o que fazer e como fazer trouxe segurança a essas mulheres e é relatado como importante para a percepção do Apoio Social, como podemos perceber nos relatos a seguir:

“Porque chegou um dia que eu falei bem assim para o pediatra ‘eu quero ir embora, eu não aguento mais ficar aqui dentro’. (...) Aí ele sentou na cadeira, puxou e sentou, ‘você tem que entender que agora no momento o cuidado é com ela, você tem que ser forte por ela, não adianta eu pegar e te dar uma alta e saber que sua filha pode vir morta para cá de volta’ e ele falou a verdade mesmo. A realidade. (...) Aí ele falou assim: ‘ó, eu não vou poder fazer isso, mas eu posso te ajudar e te mostrar como é que tu pode cuidar dela mais rápido’.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“O que eu mais gostei assim é que elas orientavam ‘não, você tá fazendo errado, o teu outro era grande, mas esse daqui é pequeno, então, vamos fazer dessa forma’. Essa parte eu gostei muito porque houve a orientação até na amamentação porque eu nunca precisei tirar o leite. (...) E aí os enfermeiros, os médicos ‘não, você tem que tomar bastante líquido’, algumas mãezinhas também ‘não, toma isso que vai dar leite, toma aquilo que vai dar leite’, então já tive muita ajuda em relação a isso.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“Mas aqui está sendo bom porque tão orientando, se a gente vai fazer uma coisa errada ‘não mãezinha, tem que fazer de outro jeito, se não conseguir, vamos ver de outra forma’.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

Rolim *et al.* (2016) pesquisaram o imaginário de mães acerca da hospitalização dos seus bebês prematuros em UTIN e verificaram que muitas delas se amedrontam diante da internação, mesmo quando já é possível tocar ou acariciar o bebê dentro da incubadora, porém quando são bem acolhidas e orientadas, elas passam a reconhecer os benefícios da UTIN e se sentem mais confiantes. Outro ponto importante identificado na pesquisa foi que o choque da hospitalização pode ser atenuado com a participação da mãe nos cuidados do filho, o que corrobora com os relatos colhidos na nossa pesquisa em que as mães afirmam que o estímulo da equipe para a participação delas nos cuidados dos filhos, orientando sobre a melhor forma de proceder, auxiliou nesse momento tão complexo.

A comunicação entre as mães, a família e os profissionais de saúde é uma dimensão essencial do cuidado em UTIN, pois é nesse ambiente desconhecido que as mães e os familiares

se encontram dependentes dos profissionais para serem capazes de lidar com a situação e de se familiarizar com a condição atual do filho internado (CABEÇA *et al.*, 2017). Nesse sentido, é fundamental a conscientização e o preparo das equipes de saúde para uma comunicação eficiente dentro desse ambiente.

Informações técnicas sobre o estado de saúde do bebê e sua evolução, bem como a atitude de estar disponível para repassar o que é preciso e tirar dúvidas também foi relatado como importante para as participantes da nossa pesquisa:

“Mas a equipe tá sendo muito boa. Não tá sendo relapsa assim não. Não é só falando ‘tá estável, tá estável’. Não, eles estão informando bem. As enfermeiras são muito prestativas também, então isso vai ajudando. Tanto para os pais quanto o próprio bebê mesmo.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“Isso daí, que a gente tem que ter apoio das pessoas, das enfermeiras, até dos médicos. Os médicos também são legais que estavam atendendo meu filho, gente boa. O que eles tinham que falar, eles falavam mesmo, mesmo tu ficando ali triste, mas eles falavam. Porque eu falava mesmo ‘eu só quero sair daqui quando meu filho tiver bem mesmo (...) não me esconde nada.’” (P5, 31 anos, 1 filho, 13 dias)

As mulheres relatam, assim, a necessidade de ter as informações sobre o estado de saúde do filho para o enfrentamento da situação, mesmo que sejam notícias difíceis. Esse fato enfatiza a necessidade do preparo da equipe de saúde para essa atribuição. Exequiel *et al.* (2019) reforçam a importância do profissional de saúde em conceder acolhimento, informação, cuidado e empatia, estando disponível para esclarecer dúvidas das mães e familiares, sendo um suporte durante a adaptação dentro da UTIN. A interação entre o profissional e a família é um ponto crucial que interfere no enfrentamento da situação de crise vivida e por isso deve ser foco de atenção e cuidado da equipe de saúde.

Apesar dos relatos anteriores sobre a disponibilidade para o fornecimento de informações dos profissionais, a participante 6 (22 anos, 1 filho, 52 dias) relatou que percebeu dificuldade de alguns médicos em passar detalhes e ser mais claro com o que estava acontecendo com o bebê, mas também aponta que outros médicos falam de maneira mais cuidadosa, acalmando antes de dar o diagnóstico:

“Às vezes o médico meio que fantasia o estado do bebê, ele não diz o que realmente o bebê tem, eles contam outras coisas. Tipo, o bebê tá com uma bactéria, aí eles dizem que estão dando um antibiótico, mas não falam o que eles tem, tem outros médicos que já falam com jeitinho, já dizem. Não vão logo ao ponto, ‘o bebê tá com isso e isso’, eles meio que acalmam primeiro a gente e depois dizem o diagnóstico” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

Comunicar notícias difíceis às famílias é um fenômeno complexo, apesar de corriqueiro dentro do ambiente de UTIN. Os profissionais são os primeiros destinatários das notícias difíceis, pois são os que acessam as informações por meio de resultados de exames ou análise da evolução clínica e por isso eles precisam processar essas informações em curto espaço de tempo para comunicá-las a família (CABEÇA *et al.*, 2017). Por ser um momento delicado, tanto pra equipe quanto pra família, é preciso preparo adequado desses profissionais para essa função.

É importante destacar ainda que, apesar de ser algo enfrentado cotidianamente, o profissional de saúde também experimenta uma carga emocional nesses momentos, o que também foi percebido e relatado pela participante 6 (22 anos, 1 filho, 52 dias):

“Até mesmo quando o médico vai falar, eles ficam meio apreensivos em dar a notícia para gente. Aí a gente fica ansioso, fica nervoso, a gente não sabe o que fazer, entra em desespero. Às vezes não tem quem acalmar. Às vezes a gente nem quer ver criança pelo diagnóstico que eles dão.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

Através desse relato podemos perceber a tensão do momento que é falar de um diagnóstico ou prognóstico difícil e como a paciente recebe essa informação, demonstrando também a dificuldade que é lidar com diagnósticos mais graves. Cabeça *et al.* (2017) destacam que o pouco preparo dos profissionais para a comunicação de notícia difícil aliado ao suporte emocional das famílias pode gerar sérios prejuízos à relação terapêutica entre profissionais e famílias, o que, por sua vez, também pode provocar reações de insegurança e enfraquecimento tanto pros profissionais como pros familiares.

Com a comunicação eficiente entre enfermagem e família é possível reduzir a ansiedade diante da doença e da internação, auxiliando na aceitação e envolvimento dos pais no processo de cuidar da criança, contribuindo tanto para a adesão ao tratamento quanto para o desenvolvimento global da criança doente e de sua família (MOLINA, HIGARASHI e MARCON, 2014). Assim, fornecer informações sobre o tratamento e o estado de saúde do bebê prematuro e dar orientações sobre a melhor forma de participar dos cuidados dentro das Unidades Neonatais devem fazer parte das atribuições profissionais e da assistência dispensada à família que vivencia a prematuridade e a consequente necessidade de internação do recém-nascido.

Acreditamos que essa interação com os profissionais através da fala e das informações permite a internalização, em que, segundo Vygotsky (2007) um processo interpessoal, ou seja, que ocorre entre as pessoas, é transformado num processo intrapessoal, ou seja, no universo interno do indivíduo. As informações passadas repercutem internamente nas mulheres mães de

bebês prematuros participantes da nossa pesquisa, pois permitem uma estabilização interna, diminuindo a ansiedade e suas incertezas, contribuindo para a sensação de amparo, segurança e acolhimento.

Nesse sentido, os achados da nossa pesquisa evidenciam a importância da preparação da equipe de saúde para atuar com esse momento complexo e delicado, fornecendo informações e orientações adequadas para as mães com filhos em situação de hospitalização, o que corrobora com estudos anteriores desenvolvidos na área (EXEQUIEL *et al.*, 2019; CABEÇA *et al.*, 2017; ROLIM *et al.*, 2016; MOLINA, HIGARASHI e MARCON, 2014).

As mulheres participantes da pesquisa demonstraram a necessidade de receber orientações sobre como lidar com a internação e fornecer cuidados aos filhos, além de informações sobre o estado de saúde do bebê. A forma como essas orientações foram dadas fez diferença para a percepção de Apoio Social.

Através das nossas análises é possível perceber que a comunicação eficiente é aquela que permite a compreensão adequada através do uso de linguagem simples e acessível, que fala ao intelecto, mas também às emoções. A informação repercute emocionalmente, pois traz uma estabilidade interna e permite a diminuição da ansiedade, apaziguando as inquietações decorrentes desse momento crítico. Esse achado ressalta a importância do preparo da equipe de saúde para o fornecimento e disponibilidade em ofertar Apoio Informacional.

4.2.3.2 Fontes do Apoio Social

Nas entrevistas foram relatados dois grandes grupos como fontes de Apoio Social, aqui classificados como subcategorias: família e equipe de saúde. Ambas serão analisadas e discutidas a seguir:

4.2.3.2.1 Família

As participantes da pesquisa relataram diversos componentes familiares como fonte de Apoio Social: mãe, pai, sogra, marido, tios, tias, irmã, padrasto e o pai do bebê. Nos recortes das falas abaixo podemos ver a exemplificação dessa subcategoria:

“Minha família ela é o apoio, é o meu alicerce, junto com meu marido. É o meu alicerce pra me dar apoio, pra me fortalecer. Se eu achar que eu estou caindo, achar ‘não, não vou conseguir’ eles estão lá ‘não, você vai conseguir sim, você é mãe’”
(P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

“Meus pais, meu esposo, que sempre ele me dava força pra eu estar aqui com o neném porque ele precisa da gente, pra ele poder se recuperar.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

“Eu acho que eles fizeram de tudo para me ajudar, entendeu? Porque primeiro, a minha irmã, ela é sozinha tem o marido dela também trabalha no sítio, que nem o meu, aí ela às vezes não tinha dinheiro de passagem para vir aqui e aí também não trabalha. E aí meu pai me ajudou muito.” (P4, 21 anos, 3 filhos, 22 dias)

Essas falas revelam como o apoio fornecido pela família é fundamental para o enfrentamento da problemática vivida. A sensação de estar sustentada pelos que ama, como relata a Participante 2, traz força e aumenta a percepção de capacidade dessas mulheres.

Almeida *et al.* (2018) desenvolveram uma pesquisa com as mães acompanhantes de bebês internados em UTIN, não somente prematuros, e seus achados apontam que a família representa um apoio emocional, espiritual e até financeiro para as participantes, constituindo-se um fator importante para lidar com as situações adversas decorrentes da hospitalização. Esse apoio foi percebido através das visitas, das ligações, telefônicas, palavras de conforto e orações.

Molina, Higarashi e Marcon (2014) que investigaram o Apoio Social para mulheres mães de crianças internadas em Unidade de Terapia Pediátrica, relatam que todas as mães do estudo referiram a existência de um suporte familiar capaz de oferecer níveis de sustentação à sua vida fora do ambiente hospitalar. A família foi apontada como espaço importante dentro da sua rede social de apoio onde elas conseguiam renovar suas forças para continuar a lutar pela vida de seus filhos.

Esses achados corroboram com os resultados da nossa pesquisa pois também foi possível identificar que esse apoio da família foi fornecido através do apoio emocional, material e informacional, como discutido na categoria anterior. Mais especificamente, as participantes relataram perceber esse apoio através de palavras de incentivo, demonstração de carinho e preocupações, conselhos, cuidados dedicados aos outros filhos fora do hospital, fornecimento de fraldas, dinheiro e demais artigos de necessidade, visitas, ligações e contato através de mensagens.

Como aponta Vygotsky (2000, p. 33), o homem é a “personalidade social, o conjunto de relações sociais, encarnado no indivíduo” e por isso ele precisa dessa interação social para se desenvolver. Nesse sentido, acreditamos que a família tem um importante papel por ter proximidade e intimidade nessa rede de relações. Através das análises dessa subcategoria percebemos que o apoio fornecido pela família pode trazer impactos positivos para a vivência das mulheres mães de bebês prematuros diante da necessidade de internação, pois elas se sentem fortalecidas e acolhidas a partir desses contatos e dessas trocas sociais.

4.2.3.2.2 Equipe de saúde

A equipe de saúde também foi relatada como importante fonte de apoio para as participantes da pesquisa. Técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicos, psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas, equipe de limpeza, equipe do refeitório foram os profissionais citados pelas mulheres como fontes de Apoio Social.

“Eu contei muito com a ajuda dos médicos, das enfermeiras, que sempre me trataram super bem, da área da psicologia, da assistência social, que sempre tá conversando com a gente, deixando a gente bem confortável.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

“Teve sempre apoio de todo mundo, até do pessoal da limpeza eu tive apoio, já vi que eles estavam ali por mais que não me conhecesse, que não soubesse de onde eu vim, o que eu faço, o que eu penso, essas coisas.” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias)

“Nossa, eles me ajudaram muito, ‘mãezinha, vem, conversa com ele, cantar pra ele’. Aí uma enfermeira (...) ‘Olha, eu vou te ensinar a fazer mamãe Canguru, vamos lá, pega ele aqui para dar de mamar’ eu peguei ele assim ‘tem que ser barriga com barriga’. (...) Eu digo assim que é desde a equipe de limpeza até os médicos.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

No período de internação as mulheres que acompanham seus filhos acabam ficando mais tempo interagindo com a equipe de saúde do que com a própria família. Esse contato possibilita a criação de vínculos que trazem benefícios para as mulheres, como o apoio emocional, informacional e material, como já discutimos na categoria anterior.

É importante destacar que de acordo com as falas das participantes a rede de apoio é também composta por profissionais que não fornecem uma assistência direta ao bebê, como as pessoas da equipe de limpeza e do refeitório, mas que são sentidas como pessoas significativas e por isso impactam na percepção do Apoio Social. Nessa perspectiva, as atribuições que podem ser entendidas como periféricas na assistência podem desempenhar um papel central no fornecimento de Apoio Social.

Em consonância com a nossa pesquisa, outros estudos também verificaram que os profissionais de saúde foram citados como fonte de apoio para familiares e mães de bebês prematuros internados em UTIN (LIMA *et al.*, 2017; ZANFOLIM, CERCHIARI e GANASSIN, 2018; NUNES *et al.*, 2015, CARTAXO *et al.*, 2014).

Cartaxo *et al.* (2014) apontam que mesmo diante do nervosismo e do medo decorrentes da internação, as mães de bebês prematuros revelaram sentir-se tranquilas e seguras pois

contavam com a atenção dos profissionais da UTIN, que aliviam suas ansiedades e angústias. Ter uma equipe voltada para o cuidado do bebê e para o cuidado psicológico das mães, com a finalidade de tornar a mãe participativa e ativa no período de hospitalização influencia positivamente a experiência dessas mulheres (NUNES *et al.*, 2015).

As participantes relatam que esse apoio recebido da equipe hospitalar como um todo contribui para a sua segurança, tanto para desempenhar o papel de mãe como para lidar com as incertezas decorrentes da internação. Podemos perceber esse aspecto a partir da fala da Participante 1: *“Tiveram dois pediatras que me fizeram sentir bastante segura como mãe. Vocês mesmo da Psicologia, quando chegam lá, o jeitinho que falam, calma assim. Eu estava até falando com a (Participante 2) ‘nossa, a gente se sente... tá tranquilo, tá tudo bem, tá acontecendo tudo normal’. E aí o pessoal da enfermagem.”*

Nesse sentido, o papel da equipe de Psicologia é primordial para auxílio das mulheres nessa situação de crise, o que também é relatado por elas. A atuação da Psicologia no ambiente hospitalar possibilita o acolhimento das mães, o fornecimento de um lugar para expressão de suas emoções e dificuldades, seus medos e angústias, além de intervenções com o intuito de orientar sobre formas mais funcionais de lidar com todas essas questões, o que permite que essas mulheres se sintam mais capazes de enfrentar a internação do seu bebê prematuro e possam também contribuir para esse momento.

Almeida *et al.* (2018) apontam como essencial a atuação do profissional psicólogo nesse momento, porém ressalta que toda a equipe multiprofissional envolvida no cuidado do recém-nascido precisa sentir-se responsável em acolher a mãe e percebê-la em suas individualidades. Entendemos ser de extrema importância que toda a equipe hospitalar seja envolvida nesse cuidado humanizado, tendo conhecimento tanto da importância dessa atuação quanto das melhores formas de acolher, oferecer escuta e orientar as famílias.

Sendo assim, o trabalho interdisciplinar é de extrema importância nesse cenário. Uma equipe integrada e alinhada com uma atuação humanizada será capaz de atender as demandas dessa família que se depara com a necessidade de internação de um bebê prematuro. Não é possível fornecer assistência adequada de forma fragmentada. A interdisciplinaridade fortalece o conhecimento, a experiência profissional e pessoal, recria a educação em saúde, resultando em um cuidado acolhedor (COSTA *et al.*, 2015).

O relato da Participante 2 (30 anos, 5 filhos, 15 dias) revela a percepção da necessidade de preparação da equipe para o fornecimento desse cuidado: *“A equipe ela tem que estar preparada também para uma mãezinha dessa que vem com bebê prematuro tanto para o*

ALCON, quanto pra UCINCA para mim elas foram preparadas sim, deram apoio, deram orientação. Então nesse quesito aí tá sendo bom.”

Uma convivência harmoniosa, de apoio, com interação empática entre os profissionais de saúde e as mães de bebês prematuros em situação de internação favorece as estratégias de enfrentamento dessas mulheres, fortalecendo-as e ajudando-as a superarem seus medos, além de estimular o vínculo a ponto de se sentirem relativamente familiarizadas no ambiente de internação do filho (CARTAXO *et al.*, 2014). Percebemos aqui como a interação social pode produzir mudanças internas importantes.

A Psicologia Histórico-Cultural, que vê o homem como um ser essencialmente social, enfatiza o papel da fala no processo de internalização. É através desse processo que o plano interno é formado e o homem se desenvolve. A fala possui, então, uma função simbólica (VYGOTSKY, 2003). O homem interpreta e compreende o mundo e nele interage e promove mudanças através da fala.

A partir da análise dessa subcategoria percebemos a importância do contato social e das relações estabelecidas com o meio e como essa interação repercute internamente nas participantes. Através das trocas com os profissionais de saúde, que se deu através da fala, foi possível desenvolver novos conceitos e transformar a visão de si e da realidade. O Apoio Social recebido dos profissionais trouxe impacto interno nas participantes da pesquisa que passaram a se sentir mais seguras, familiarizadas com o ambiente hospitalar e menos ansiosas, o que contribuiu para o enfrentamento do momento de crise vivido.

Enfatizamos, assim, a importância da equipe de saúde como fonte de Apoio Social para as mulheres mães de bebês prematuros. Para uma atuação adequada acreditamos ser de extrema necessidade a preparação dos profissionais de saúde das Unidades Neonatais para um trabalho interdisciplinar e humanizado, com a criação de grupo de trabalho, capacitações, reuniões de equipe e principalmente a atuação dos diversos profissionais em conjunto.

4.2.3.3 Falta de Apoio Social

Nessa categoria reunimos relatos das participantes sobre a falta de Apoio Social e de como isso interferiu na vivência da prematuridade e da internação dos seus filhos. Como veremos a seguir, a Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) relata dificuldades com o pai da sua filha: *“Ele renegou muito ela na gravidez e ao nascer também. Se ele veio aqui uma vez, foi muito. E eu acabei assumindo o pai e a mãe dela aqui. Ela só é registrada no meu nome. Ele é a única pessoa que me atrapalha muito.”*

Viver a problemática apresentada já é difícil, quando não se recebe apoio de quem espera e, além do mais, de quem tem responsabilidade sobre isso, que é o caso de um pai e companheiro, a situação pode se agravar ainda mais. A falta de apoio também atrapalha, como diz a Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias). A instabilidade no relacionamento anterior à condição de prematuridade de um filho pode se acentuar diante da necessidade de enfrentamento e das exigências impostas pelo momento.

A Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) diz que antes de tudo isso seu relacionamento já era extremamente difícil, relatando inclusive agressões físicas por parte do companheiro: *“Nossa, a minha gravidez foi um inferno, a palavra certa é essa. Ele chegou a me bater na gravidez, ele chegou bebido de uma festa.”*. Infelizmente a violência doméstica é realidade para muitas mulheres e se constitui atualmente como um importante problema de saúde pública. Quando ela é sofrida durante a gestação, pode trazer prejuízos, tanto físicos quanto psicológicos. Como apontam Howard *et al.* (2013), níveis elevados de sintomas de depressão perinatal, ansiedade e estresse pós-traumático em mulheres estão associados a violência por parceiro íntimo durante a gravidez.

Apesar do número de notificações de violência contra a mulher durante a gravidez esteja crescendo nos últimos anos no Brasil, os dados ainda são incipientes e a subnotificação é uma realidade no país (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Diante disso, é de grande importância que os profissionais de saúde estejam atentos e saibam identificar sinais de violência contra a mulher, pois muitas vezes eles são as pessoas que tem o contato mais próximo fora do ambiente doméstico, e sendo o caso de grávidas, um contato mais frequente em razão do acompanhamento do pré-natal. Além de identificar e notificar, é necessário saber como agir e pra onde encaminhá-las, a fim de garantir a segurança dessas mulheres que estão em situações de vulnerabilidade.

Como já discutimos anteriormente, a gestação é um momento de diversas mudanças e a mulher tem necessidades inerentes a esse período, sendo o Apoio Social um aliado para o enfrentamento de toda as questões decorrentes dessa experiência. A falta de Apoio Social, então, pode trazer dificuldades e consequências para a vivência dessa mulher, que passa a ter suas necessidades negadas, ainda mais quando nessa experiência é sofrida violência de quem deveria fornecer apoio.

Quando o relacionamento conjugal já está em conflito, o surgimento de uma doença ou problema de saúde pode contribuir para um maior desajustamento entre o casal, pois na maioria dos casos, o pai tende a se manter mais afastado, geralmente participando com o apoio material, mas mantendo silêncio diante da enfermidade e apresenta dificuldade em fornecer o apoio para

a mãe (MOLINA, HIGARASHI e MARCON 2014). Porém, percebemos que o que acontece com a Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) é de fato a falta de apoio como um todo: *“Ele renega tanto ela, é muito doloroso isso. Ai eu fico pensando aqui dentro, ‘poxa, será que ele pensa nela? Será que ele pensa em querer se aproximar dela, em querer cuidar?’”*.

A partir desse relato podemos perceber que a falta de apoio à filha e a não aceitação dela, demonstrado pelo distanciamento, não comparecimento nas visitas, falta de preocupação e, além disso, falta de comprometimento e responsabilidade, já que nesse caso o pai não fez nem o registro da certidão de nascimento da filha, é o que mais afeta emocionalmente a mãe. Seus medos e preocupações são relacionados a falta de apoio dedicado a filha, e conseqüentemente, a ela mesma.

Outros atores sociais também foram identificados como sujeitos que podem não oferecer adequado Apoio Social, como é o caso da família e equipe de saúde. A Participante 2 (30 anos, 5 filhos, 15 dias) trouxe suas percepções em relação a falta de Apoio Social e a postura de crítica e julgamento por parte de alguns integrantes da família:

“A família dele (do marido) ‘nossa já é o quinto? Vocês vão o que? Formar um time de futebol?’. Mesmo essas pessoas falando, elas não sustentam, elas não vão lá dar um pacote de fralda, não vão dar uma lata de leite, não vão fazer nada, não vão cuidar, mas estão ali falando.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

Como vimos, o apoio emocional e material vindo da família foi apontado anteriormente como significativo para as mulheres participantes da pesquisa. A falta dele também causa conseqüências e prejuízos pra elas. A presença da família como apoio emocional às mães contribui para diminuir o sofrimento desse momento, o que possibilita estar mais disponível psicologicamente e afetivamente a seu bebê (ZANFOLIM, CERCHIARI e GANASSIN, 2018).

A crítica e o julgamento pela quantidade de filhos demonstram a falta de Apoio Social. Como a Participante 2 diz, essas pessoas não ajudam em nenhum aspecto e estão ali disponíveis para fazer piadas e constranger, ativando, assim, emoções desagradáveis.

Além disso, percebemos aqui um preconceito de gênero, em que a mulher é designada como única responsável pela concepção. Esses comportamentos citados pela participante demonstram que muitas vezes a ideia de família numerosa é vista como uma falta de controle da mulher sobre o próprio corpo e, assim, a mulher é vista com desprezo e preconceito.

As Participantes 3, 4 e 6 não relataram pessoas ou situações em que perceberam falta de Apoio Social. Outro aspecto apontado sobre a falta de Apoio Social foi relacionado ao grupo de profissionais de saúde da instituição hospitalar. As participantes relatam situações

específicas desconfortáveis, em que se sentiram julgadas ou desrespeitadas através de palavras e atos descuidados, o que aumentou a insegurança, incerteza, medo, culpa e tristeza.

A Participante 2 (30 anos, 5 filhos, 15 dias) teve um parto domiciliar e relata que não sabia da sua gravidez até o momento em que entrou em trabalho de parto, por isso não fez o pré-natal. Ela relata diversas situações em que foi muito questionada por profissionais de saúde do hospital: *“Quando eu digo que não fiz o pré-natal as pessoas tendem a julgar ‘eu não acredito que você não sabia que você estava grávida’”* (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias).

Essas situações são relatadas com intenso desconforto pela participante, que diz que muitos profissionais faziam esses questionamentos quando viam nos seus dados que ela não havia feito o pré-natal, o que fazia com que ela tivesse que explicar repetidas vezes o que havia ocorrido. O sentimento de culpa foi relatado como decorrente dessa situação: *“A pessoa não pode me julgar porque isso faz mal, a gente se sente muito mal, a gente fica pensando ‘será que porque eu não fiz o pré-natal ele tá desse jeito? Será que é minha culpa dele tá assim?’. Quando a pessoa fala isso eu penso isso.”* (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias).

Nossos achados corroboram com os achados na pesquisa desenvolvida por Cartaxo *et al.* (2014), em que algumas participantes relataram descontentamento com certos membros da equipe profissional, apontando que há profissionais que não dão a devida importância a sua presença, dando assistência apenas à criança. Nesse ambiente, é primordial que os profissionais estejam preparados para o atendimento da família que enfrenta a internação de um bebê, tendo habilidades de comunicação adequadas, competência técnica, empatia no cuidado e controle emocional para prestar a assistência.

As participantes da pesquisa desenvolvida por Zanfolim, Cerchiari e Ganassin (2018) também relataram comportamentos considerados ofensivos e falta de um cuidado empático com a mãe e o bebê por parte dos profissionais da equipe de saúde. Tais evidências confirmam a necessidade de melhorar a assistência prestada às mães que acompanham seus filhos em período de internação e também desafiar os conceitos rígidos de gênero que afligem as mulheres e geram atitudes passiva-agressivas por parte dos profissionais. É de extrema importância o desenvolvimento de um cuidado humanizado e que atenda às necessidades tanto do bebê quanto da família, respeitando também os direitos de todos.

Nesse sentido, Cabeça *et al.* (2017) apontam que os participantes da pesquisa realizada por eles relataram perceber a importância da escuta dos profissionais junto aos pais, atentando para as suas dúvidas e anseios, o que auxiliou os familiares na superação de possíveis conflitos decorrentes da hospitalização. Como já foi discutido anteriormente, as funções dos profissionais

de saúde não devem ficar restritas somente a parte técnica, assumindo também a função de Apoio Social.

Mães que expressaram uma relação de confiança com a equipe de saúde da UTIN, relataram tranquilidade e segurança nos cuidados por eles dispensados à criança, o que trouxe alívio de ansiedade (CARTAXO *et al.*, 2014). O apoio fornecido pela equipe traz muitos benefícios tanto pra família quanto para o bebê internado e por isso é fundamental o incentivo e estímulo aos profissionais para desenvolverem relação mais saudáveis com os pacientes e familiares.

A Participante 5 (31 anos, 1 filho, 13 dias) relatou uma situação difícil em que não se sentiu apoiada e amparada pela profissional de saúde que a atendia:

“Eu também não gostei da médica que me operou porque ela falou bem assim ‘reza para ele tá vivo’. Aí eu me desesperei, a minha pressão aumentou nessa hora. Fiquei muito triste quando ela falou isso, sabe? Mas mesmo assim eu estava ligada. (choro) Mas meu filho estava vivo quando ele saiu de dentro de mim. Quando eu vi ele chorar eu fiquei muito feliz. Só fiquei triste com a médica quando ela falou isso.” (P5, 31 anos, 1 filho, 13 dias)

Percebemos, através desse relato, que o profissional de saúde que tem o papel de dar assistência e trazer segurança pra paciente no momento do parto na verdade provocou medo e tristeza, tornando o parto prematuro uma experiência ainda mais difícil. Falas como essa relatadas podem ser consideradas um ato de violência obstétrica.

No dossiê *Parirás com Dor*, elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), a violência obstétrica é caracterizada como todo ato praticado contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometido tanto por profissionais de saúde quanto por demais profissionais envolvidos na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Esses atos podem assumir caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

No que se refere ao caráter psicológico eles conceituam como “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60). Grosserias, chacotas, mentiras, ameaças, piadas, humilhações, ofensas e desrespeito são exemplos desse tipo de violência.

A participante 5 (31 anos, 1 filho, 13 dias) revela que essa atitude de falta de apoio justamente de um profissional em que se é esperado o cuidado, despertou tristeza, insegurança e incertezas: *“Ao invés de chegar e dar apoio pra nós, deixa a gente só pra baixo, triste. Eu*

fiquei muito triste quando ela me falou aquilo. (...) Porque ela teve essa profissão, então? Porque era pra ela tá ali dando apoio, não criticando.”

No Brasil atualmente não há legislação aprovada sobre o tema, o que dificulta o combate e punição desses atos. A violência obstétrica merece atenção do sistema de justiça com criação de uma normativa específica para que possa ser enfrentada com toda a sua complexidade e especificidade e se configure uma efetiva proteção contra a violência praticada contra mulheres no ciclo gravídico-puerperal (MARQUES, 2020).

Acreditamos que a necessidade de respaldo jurídico para atos de violência obstétrica deve ser entendida como urgente para a efetiva diminuição desses atos que trazem tantos prejuízos às mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, vemos a importância de uma conscientização da população sobre o tema e do conhecimento das mulheres sobre os seus direitos, pois a informação é um importante instrumento de enfrentamento para situações de violência e nesse caso, necessário para o protagonismo da mulher na vivência da gestação, parto e puerpério.

4.2.3.4 A rede pública de saúde como fonte de Apoio Social

Nesta categoria apresentamos as falas das participantes referente a rede pública de saúde a qual tiveram acesso durante o pré-natal e período anterior à internação. Aqui foram relatadas informações sobre os serviços de saúde que frequentam, questões sobre o acesso e resolutividade de seus problemas e ainda dificuldades encontradas, analisando qual a percepção das participantes quanto à função de Apoio Social desempenhada por esses serviços.

Quando questionadas quais os locais públicos de saúde que tinham acesso, todas as participantes relataram a Unidade Básica de Saúde (UBS) próximo a sua casa. A Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) acrescentou ainda o Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC) para atendimento e acompanhamento de seus filhos.

Em relação ao acesso, ou seja, a condição para utilização dos serviços, a Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) afirma que é complicado em razão da grande demanda e procura, porém consegue atendimento: *“A gente tem que sair 4:30 da manhã, 5:30 para poder pegar a ficha, mas todo dia tem atendimento, mas você tem que acordar cedo. Mas todo dia tem pediatra, isso que é bom”*. Sobre o cuidado de sua saúde ela acrescenta: *“Para mim é mais complicado porque não tem ginecologista”*.

Assis e Jesus (2012) apontam que apesar da Carta Magna brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, o que é encontrado na prática é

uma realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Percebemos que nossas participantes não relataram dificuldades quanto a distância geográfica, porém no que diz respeito a marcação de consultas e exames, bem como o acesso a certos profissionais especialistas foram relatadas diversas barreiras, como vimos na fala acima relatada da Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) e a seguir:

“No terceiro filho foi lá mesmo só que a unidade estava sem médico, então eu fiz 7 consultas. Mas duas foram com médico, as 5 foram com a enfermeira. Ai o que acontece? Quando chega aqui (na maternidade) eles não contam com a consulta da enfermeira, só com médico.” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias)

Além da falta do médico para acompanhamento do pré-natal, a paciente compartilha outro problema enfrentado: quando ela é admitida na maternidade só contabilizam as consultas realizadas pelo médico, o que acabam sendo poucas e parece que ela não fez as consultas suficientes do pré-natal. Porém o que acontece é que fazem marcações em dias em que os médicos não estão disponíveis, sendo as enfermeiras que realizam o acompanhamento. A paciente então, frequentou o pré-natal marcado e o que estava disponível, mas para o hospital esse atendimento feito pela enfermeira não conta como consulta de pré-natal.

Essa questão levantada demonstra uma falta de alinhamento entre os serviços de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal ao mesmo tempo em que aponta uma falha no acesso aos serviços. A atenção primária e terciária deve estabelecer uma comunicação adequada para o fornecimento de um cuidado com qualidade aos usuários do SUS. Os problemas e dificuldades relatados por eles, devem inclusive fazer parte das discussões para melhorias dos serviços, já que um dos princípios norteadores do SUS é a participação e controle social, o que se faz através dos Conselhos de Saúde.

Ainda em relação ao acesso, a Participante 6 (22 anos, 1 filho, 52 dias) traz um relato sobre sua experiência:

“É difícil o atendimento às vezes, pra gente marcar um exame, a gente fica esperando muito tempo. Pra fazer a ultrassom nele, eu não consegui. Ele nasceu e eu não consegui fazer a ultrassom, porque fica na lista de espera. Ai é difícil fazer exame, às vezes fazer acompanhamento, tem que ir em outro local.” (P6, 22 anos, 1 filho, 52 dias)

Ela ainda relatou ter que pagar alguns exames particulares pra fazer o acompanhamento pré-natal, o que também foi relatado pela Participante 5 (31 anos, 1 filho, 13 dias). Essas falas demonstram fragilidades na rede pública de saúde disponível pra essas mulheres, o que precisa

ter merecida atenção pois isso pode impactar diretamente na qualidade e eficiência da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Por outro lado, a Participante 4 (21 anos, 3 filhos, 22 dias), que mora na zona rural da cidade, avalia o atendimento da UBS que frequenta como ótimo e diz que não era demorado pra marcar consultas e que conseguia atendimento. A Participante 3, apesar de não ter feito o pré-natal, também relata que ela e seus filhos fazem exames regulares e que consegue atendimento quando precisa na UBS de referência.

Em relação ao atendimento e a assistência prestada pelas equipes, Participante 1 (23 anos, 3 filhos, 28 dias) relata uma experiência positiva: *“Lá as funcionárias todas são super atenciosas. A doutora também que fez meu pré-natal ela fez da minha segunda filha, do meu terceiro, e fez agora da L., da quarta”*. O fornecimento de um cuidado continuado é uma característica da Atenção Básica e pode contribuir para o aumento da segurança e confiança dos usuários, bem como para o cuidado em saúde dos mesmos, pois os profissionais já têm um conhecimento pregresso dos casos e dos seus percursos na rede.

A Participante 6 (22 anos, 1 filho, 52 dias) também traz suas impressões sobre os atendimentos que recebe na UBS que frequenta: *“Os atendimentos (...) vai depender da pessoa que está atendendo. Tem umas que não atendem, quando estão lá, tem outras que atendem direitinho, marcam os exames e informa a gente quando vai ser o dia, tudo direitinho.”* Como vemos, ela informa que depende dos profissionais para obter um bom atendimento ou não na instituição, o que é uma problemática. Esse ponto reforça a necessidade do preparo dos profissionais para fornecer apoio, tanto material e de serviços, quanto informacional e emocional.

Nóbrega *et al.* (2019) desenvolveram uma pesquisa sobre Redes Sociais de Apoio no Aleitamento Materno e os profissionais de saúde aos quais as participantes tinham contato foram considerados componentes da sua Rede de Apoio. Além disso, apontam que o sucesso das práticas em saúde não depende somente do componente técnico, mas também de outras tecnologias baseadas na aproximação, no diálogo e na vinculação entre profissionais, usuários e serviços. Acreditamos que esses componentes contribuem inclusive para a ampliação do acesso da população às ações de saúde.

Percebemos na revisão de literatura realizada para discussão desta categoria uma pequena quantidade de pesquisas atuais, dos últimos 10 anos, abordando a rede pública de saúde como apoio dentro de uma Rede de Apoio Social dos usuários. Esse fato nos mostra a necessidade do direcionamento do olhar sobre essa função importante dos serviços de saúde e do desenvolvimento de mais discussões sobre o tema.

Além disso, percebemos que seriam necessários mais dados colhidos sobre esse tópico, de forma mais específica, para aprofundarmos nossas análises em relação a rede de saúde disponível no município de Manaus-AM. Os nossos achados mostram, em sua maioria, que as mulheres têm acesso a UBS e aos cuidados em saúde de forma precária, porém não é possível generalizarmos esses dados.

4.2.4 Considerações finais

A análise dos dados dessa pesquisa deixou evidente a relevância do cuidado e assistência fornecida à mulher mãe que enfrenta a prematuridade e hospitalização do seu filho. Foi possível compreender a importância de a prática profissional ir além dos cuidados dedicados ao recém-nascido prematuro, ampliando o seu olhar em direção à família, sendo por isso imprescindível compreender quais as necessidades e dificuldades vividas diante desta problemática.

A Psicologia Histórico-Cultural nos permitiu ter um olhar mais aprofundado do fenômeno, sendo possível perceber nas falas das participantes como as relações e interações sociais estabelecidas com o meio em que as circundam provocaram mudanças internas, trazendo segurança, confiança, conhecimento, senso de pertencimento, amor, sentimento de carinho e cuidado. Através do que foi apreendido no contexto, pelas trocas sociais, elas puderam modificar suas interpretações e visões do mundo e assim, também puderam operar mudanças nesse contexto.

Dessa forma, os achados da pesquisa demonstram que o Apoio Social desempenhou um papel significativo na vivência dessas mulheres, sendo um fator protetivo e também aliado no enfrentamento da internação do seu filho, o que pode ser um momento de crise devido todos os desafios e questões inerentes à essa vivência inesperada. A família e a equipe de saúde apareceram como as principais fontes de Apoio de Social e, quando esse Apoio Social não aconteceu geralmente esteve associado a questões de conflitos familiares, preconceitos e estereótipos de gênero e assistência inadequada da equipe de saúde. Diante disso, acreditamos ser necessário o preparo dos profissionais de saúde para fornecer apoio material, emocional e informacional, funções indispensáveis conforme evidenciados pelos resultados dessa pesquisa.

As evidências apontam que é imprescindível ir além da prática puramente técnica para um atendimento de qualidade. Estar disponível para acolher, escutar, informar, dar conselhos ou mesmo estar ao lado sendo companhia em um momento de dificuldade, ajudando e fornecendo o serviço, mas também as necessidades materiais específicas, constituem as

características essenciais de uma atuação profissional humanizada e qualificada às mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar.

4.2.5 Referências

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

ALMEIDA, C. R. *et al.* Cotidiano de mães acompanhantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1949-1956, jul. 2018.

ASSIS, M.; JESUS, W. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

CABEÇA, L. P. F.; DE SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 37-50, 2017.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, mai 2012.

CARTAXO, L. DA S. *et al.* Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 551-557, 2014.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, n. 38, p. 300-314, 1976.

COSTA, R. *et al.* Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso num centro de referência nacional do Método Canguru. **Holos**, v. 3, p. 404-414, jun. 2015.

DANTAS, M. M. C. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 90-106, 2012.

EXEQUIEL, N. P. *et al.* Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Atual**, v. 88, n. 27, p. 1-9, 2019.

FRIGO, J. *et al.* Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 58-68, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, T. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, mar. 2011.

HOWARD, L. M. *et al.* (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 10(5), mai. 2013

IVIC ,I. **Lev Semionovich Vygotsky**. 1. ed. Recife: Editora Massangana, 2010.

LIMA, V. F. *et al.* Experiences of Families of Premature Children in a Neonatal Intensive Therapy Unit. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1–8, 2017.

LIMA, S. **Maternidade prematura, Apoio Social e Necessidades de mães de neonatos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 130 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade federal do Rio Grande do Norte, 2020.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020.

MACEDO, J. P. *et al.* A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 258-278, fev. 2018.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MOLINA, R.; HIGARASHI, I.; MARCON, S. S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 60–67, 2014.

NASCIMENTO, A. *et al.* Redes Sociais de Apoio as famílias de prematuros que vivenciam a hospitalização: Um estudo Transcultural. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 37, p. 1-9, 2019.

NÓBREGA, V. *et al.* As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 429–440, 2019.

NUNES, N. P. *et al.* Método canguru: Percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 28, n. 3, p. 387-393, 2015.

OLIVEIRA, N. *et al.* Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: um estudo baseado nos registros das capitais brasileiras. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1–20, 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Senado Federal, Brasília, 2012.

ROLIM, K. *et al.* Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 42–46, 2016.

SCARABEL, C. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: estudo a partir da psicologia analítica. 2011. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

STRAPASSON, M.; NEDEL, M. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521–528, 2010.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Pontes, 2007.

VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas III**: problemas del desarrollo de la psique. Madrid: Visor, 1995.

VYGOTSKY, L. S. Lev S. Vigotski: manuscrito de 1929. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 71, p. 21-44, jul. 2000.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ZANFOLIM, L.; CERCHIARI, E.; GANASSIN, F. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 22–35, 2018.

A seguir faremos a exposição do terceiro artigo resultante da pesquisa que trata da análise e discussão dos dados quantitativos com o objetivo de compreender as Redes Sociais Significativas das mulheres mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade de Manaus-AM e suas características estruturais, funções e atributos dos vínculos. Nessa seção são apresentados os MMRs de cada participante, o que permitem uma visualização gráfica das Redes Sociais Significativas e sua consolidação.

4.3 Compreendendo as Redes Sociais Significativas de mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade de Manaus-AM

RESUMO

O elevado índice de prematuridade no mundo constitui um sério problema de saúde pública, o que demonstra a relevância do desenvolvimento de estudos sobre o tema. A vivência da mãe do bebê prematuro pode influenciar em resultados de saúde do recém-nascido e por isso é importante investigar fatores relacionados ao seu enfrentamento, como o Apoio Social. Diante disso, o presente artigo tem por objetivo compreender as Redes Sociais Significativas de mulheres mães de bebês prematuros, caracterizando o suporte percebido em termos de suas dimensões constitutivas, incluindo suas características estruturais, funções e atributo dos vínculos. Como metodologia, foi desenvolvida uma pesquisa quantitativa e a análise dos achados foi fundamentada pela Teoria das Redes Sociais, desenvolvida por Carlos Sluzki. Participaram da pesquisa 6 mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação em uma Maternidade Pública da cidade de Manaus – Amazonas. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: levantamento de dados sociodemográficos, Mapa Mínimo de Relações (MMR), proposto por Sluzki (1997) e entrevista semiestruturada. Como resultado foi identificado que a maior parte dos vínculos significativos estão dispostos no quadrante Família e Relações Comunitárias, que contempla os Sistemas de Saúde e Agências Sociais, ou seja, os profissionais de saúde. A função mais relatada foi a de Apoio Emocional, porém ao analisar os vínculos familiares, os quais desempenham mais tipos de funções, a de maior evidência é Ajuda Material e de Serviço. Dos vínculos representados de profissionais de saúde, a função com maior destaque foi a de Apoio Emocional. A maior frequência dos contatos acontece com os profissionais de saúde. Foi possível concluir a partir dos achados da pesquisa a importância da preparação, formação e treinamento dos profissionais de saúde para o fornecimento de apoio adequado às mães de bebês prematuros, atendendo às suas necessidades e assim, auxiliando no enfrentamento dessa problemática. Além disso, é necessário considerar a constituição de estratégias institucionais que visem a diminuição da distância ou amenizem a separação dessas mulheres dos seus vínculos familiares. Acreditamos que essa pesquisa contribui para a construção de uma prática profissional qualificada, ética e humanizada.

Palavras-chave: Prematuridade, Maternidade, Redes Sociais Significativas, Apoio Social.

4.3.1 Introdução

A prematuridade tem sido um tema amplamente estudado e sua relevância se dá pelo elevado índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no Brasil e no mundo, o que constitui um problema de saúde pública. Dados da maior pesquisa nacional já feita sobre gestações e nascimentos, a “Nascer Brasil”, apontam que aproximadamente 11,3% do total de nascimentos do Brasil entre 2011 e 2012 foram prematuros (PEREIRA *et al.*, 2014). Em relação a taxa de mortalidade neonatal estima-se 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo a prematuridade a maior causa de morte neonatal, respondendo por cerca de 1/3 dos casos (LANSKY *et al.*, 2014).

Além de representar um alto percentual de mortalidade neonatal, a prematuridade traz uma diversidade de questões médicas e sociais e por isso é foco atualmente de ações do

Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Esses dados demonstram a relevância de investigar e desenvolver novas pesquisas sobre a temática.

Desde a gestação, a mulher passa por diversas transformações para assumir o papel de ser mãe. Nesse processo, mudanças físicas e fisiológicas, psicológicas, afetivas e sociais são experimentadas, o que torna essa experiência única e complexa. Esse período vem acompanhado de sentimentos de insegurança e medo, sendo comum que a mulher sinta hipersensibilidade emocional, ambivalência afetiva e dúvidas (MALDONADO, 2017).

O parto marca o nascimento do bebê e também da mãe, que agora de fato irá vivenciar o novo e assumir seu papel com todas as responsabilidades inerentes a ele. Quando, nesse momento, a mulher é surpreendida por um parto prematuro, que é antecipado e, além disso, traz todos os riscos de vida pro bebê e a necessidade de hospitalização e cuidados especializados, pode-se configurar a vivência de uma crise.

A hospitalização é um período delicado, tanto para o bebê quanto para os pais, pois estão presentes as mudanças psicológicas, o ambiente físico, a separação mãe-filho, e a visão de um bebê extremamente doente, cercado por aparelhos, que certamente irá influenciar na qualidade do contato inicial (NUNES *et al.*, 2015). Além disso, a ambivalência e incerteza em relação ao risco de vida e a gravidade do estado de saúde do bebê podem fazer com que a mãe se vincule com o bebê prematuro de forma gradual (MARCHETTI e MOREIRA, 2015).

É importante destacar os achados do estudo de Ionio *et al.* (2016) que apontam que pais de bebês prematuros, em particular mães, correm o risco de desenvolver níveis mais altos de ansiedade, depressão, raiva e estresse, que podem ter efeitos a longo prazo na qualidade das interações entre pais e bebê. Os estudiosos referidos reafirmam a importância de apoiar pais de bebê prematuros para reduzir possíveis consequências negativas para os bebês. Esses dados reafirmam a importância de cuidar também das mães que estão acompanhando e enfrentando a problemática da prematuridade junto aos seus filhos.

Diante disso, estudos fazem referência ao Apoio Social como um importante elemento no enfrentamento de situações difíceis, sendo entendido como um fator protetivo e promotor de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2011). O Apoio Social pode ser entendido como “a informação que leva o sujeito a acreditar que ele é cuidado e amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas” (COOB, 1976, p. 300) e tem sido relacionado a desfechos mais positivos em saúde, como em condições de doenças crônicas ou agudas, estresse, situações de crise, entre outros. Como a prematuridade pode ser vivida como uma situação crítica, é importante entender como o Apoio Social pode interagir com as questões vividas pelas mães de bebês prematuros e auxiliar nesse momento.

Sluzki (1997), que desenvolveu a Teoria das Redes Sociais, traz o conceito de Rede Social Significativa que pode ser definida como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (1997, p. 35). Essas relações podem ser representadas no que o autor chamou de Mapa Mínimo de Relações (MMR), em que se inclui os indivíduos com quem a pessoa interage. O mapa é sistematizado em quatro quadrantes: família, amizade, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias, onde se incluem os serviços de saúde ou de credo. E cada quadrante ainda conta com três áreas, em formato de círculos, em que o círculo interno representa as relações mais íntimas, o círculo intermediário representa as relações pessoais com menos grau de compromisso e o círculo externo que designa relações ocasionais.

Além disso, Sluzki (1997) afirma que a Rede Social Significativa pode ser avaliada em termos de características estruturais, das funções dos vínculos e dos atributos de cada vínculo. Em relação à estrutura, segundo o autor, podemos avaliar: o tamanho, ou seja, o número de pessoas; a densidade, que corresponde conexão entre membros independentes do informante e deve ser complementada com informações mais qualitativas como por exemplo, identificar a presença de subsistemas coerentes ou conjuntos na rede (que possuem em geral maior poder de influência) e sua relação com o sujeito; composição ou distribuição, que significa a proporção do total de membros da rede está localizada em cada quadrante e cada círculo do mapa; dispersão, ou seja, a distância entre os membros; homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural, ou seja, segundo idade, sexo, cultural e nível socioeconômico; os atributos de vínculos específicos, tais como intensidade ou tropismo, ou seja, compromisso e intensidade da relação, durabilidade e história em comum; e, por último, o tipo de funções desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto.

De acordo com as funções dos vínculos, eles podem ser classificados como: companhia social, ligado a realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos; apoio emocional, relacionado às trocas que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; guia cognitivo e de conselhos, referente a interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis; regulação ou controle emocional, ligado a interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência, e favorecem a resolução de conflitos; ajuda material e de serviço, que inclui a colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde; e, por último, acesso a novos contatos, que está ligada a abertura de portas

para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. É importante destacar que cada vínculo da rede pode desempenhar muitas dessas funções.

Em relação aos atributos do vínculo, Sluzki (1997) afirma que podemos avaliá-los de acordo com: as funções predominantes, ou seja, qual a função ou combinação de funções caracterizam de maneira predominante esse vínculo; a multidimensionalidade ou versatilidade, que quer dizer quantas dessas funções ele desempenha; a reciprocidade; intensidade ou compromisso da relação, ou seja, o tropismo ou atração entre as pessoa que pode também ser definida como “grau de intimidade”; a frequência dos contatos, cabendo importante atenção para o fato de que quanto maior a distância, maior a necessidade de manutenção ativa do contato para manter a intensidade e, ao mesmo tempo, vínculos intensos podem ser reativados rapidamente mesmo depois de uma quebra de contato; e a história da relação, ou seja, desde quando se conhecem e qual a experiência anterior para ativação do vínculo.

Percebemos, assim, que a teoria desenvolvida por Sluzki (1997) fornece uma base robusta para avaliação das redes de relações e de apoio. Diante disso, o presente artigo tem por objetivo compreender as Redes Sociais Significativas de mulheres mães de bebês prematuros, caracterizando o suporte percebido em termos de suas dimensões constitutivas, incluindo suas características estruturais, funções e atributo dos vínculos. Acreditamos que os resultados encontrados serão de fundamental importância para auxiliarmos as mulheres que vivem essa problemática e assim, contribuir com melhorias para assistência e acompanhamento desse público.

4.3.2 Metodologia

A fim de atingir os objetivos propostos foi desenvolvida uma pesquisa quantitativa centrada no uso e na análise dos Mapas Mínimos de Relações (MMR) proposto por Sluzki (1997), que permite uma representação gráfica e uma compreensão da quantidade, frequência e distribuição das respostas referentes aos vínculos significativos que compõe a rede. Segundo Proetti (2017) a pesquisa quantitativa visa enumerar e medir eventos de forma objetiva e precisa, seguindo um plano previamente estabelecido com hipóteses e variáveis definidas.

Dessa forma, a natureza do dado é numérica e a discussão e análise da pesquisa se dá a partir do dado numérico. Tratando especificamente da área da Psicologia, essa abordagem permite que os fenômenos estudados sejam visualizados de forma concreta através da linguagem matemática, possibilitando a correlação dos eventos com a teoria psicológica (SILVA, 2010).

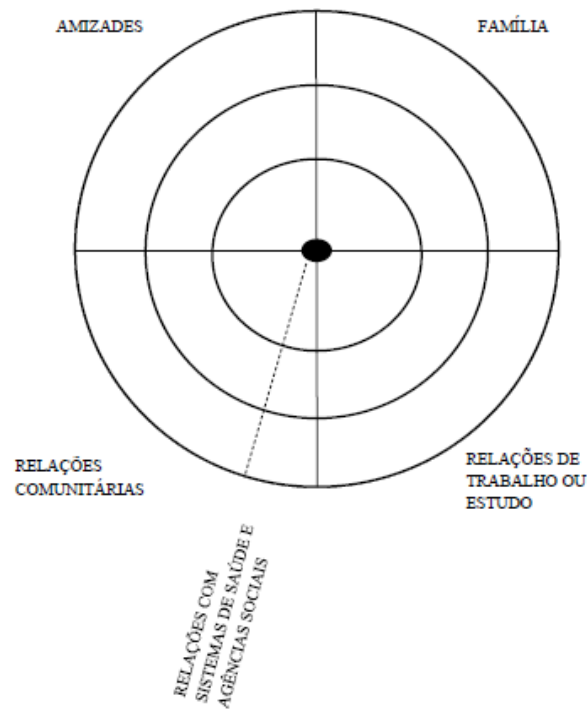
A pesquisa foi realizada na Maternidade Azilda da Silva Marreiro e todas as participantes eram mulheres mães de bebês prematuros, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação, e estavam em situação de internação hospitalar. A pesquisadora entrou em contato pessoalmente com cada mulher que cumpria os critérios de inclusão da pesquisa, indo até o leito de internação. Nesse primeiro contato foi explicado sobre a pesquisa, seus objetivos, proposta, benefícios e possíveis riscos.

Em geral as mulheres se mostraram disponíveis e interessadas na pesquisa, enfatizando que acreditavam ser de grande importância a investigação proposta. Após o consentimento para participar da pesquisa, foi iniciado a fase de coleta de dados, que aconteceu por meio de entrevistas individuais na sala do Serviço de Psicologia da instituição.

Para coleta de dados foram utilizados como instrumentos: (1) levantamento de dados sociodemográficos, para colher informações como idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia, religião e informações socioeconômicas e familiares, além de informações sobre a gestação, pré-natal e internação, como semana de gestação no momento do parto, tipo de parto, peso ao nascer, quantidade de consultas de pré-natal; (2) Mapa Mínimo de Relações (MMR) proposto por Sluzki (1997) que permite uma representação gráfica da Rede Social Significativa de cada participante; e (3) entrevista semiestruturada, com perguntas elaboradas de acordo com as orientações dadas por Sluzki (1997) para avaliação da Rede Social Significativa, com o objetivo de colher informações complementares dos vínculos explicitados no MMR para auxiliar na interpretação do instrumento.

Cada participante recebia um MMR em branco, conforme apresentado na Figura 2, e a partir daí localizava e identificava as suas relações no instrumento de acordo com o tipo de grupo de que fazia parte (família, amizade, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias) e grau de intimidade, compromisso e proximidade. Em seguida, atribuía-se as funções de cada vínculo, de acordo com o Quadro de Identificação de Funções de Vínculos, que foi elaborado para complementar e organizar essa etapa. Para isso, a participante recebeu como apoio uma Legenda de Funções de Vínculos, onde consta as definições dada por Sluzki (1997) de cada função de vínculo.

Figura 2 - Mapa Mínimo de Relações (MMR)



Fonte: Sluzki, (1997)

Dessa forma, acreditamos que esse instrumento permite um aprofundamento da análise da rede social sendo bastante útil para nossa pesquisa. Além de produzir uma representação gráfica dos componentes da rede. Juntamente com os relatos das participantes ele permite um olhar mais amplo do nosso objeto de estudo.

Foi realizada a gravação de áudio de todo o momento da montagem dos MMRs e da entrevista semiestruturada, que posteriormente foi transcrita para auxiliar na análise dos MMRs. Além disso, os MMRs produzidos foram armazenados e posteriormente digitalizados para realização da análise adequada.

A fim de embasar e direcionar a interpretação dos dados foi utilizada a Teoria das Redes Sociais, de Carlos Sluzki, que afirma que a Rede Social da qual cada pessoa faz parte contribui para gerar suas práticas sociais e também a visão de si mesmos e do mundo. Assim, entende-se que as pessoas fazem parte da Rede Social que os moldam, mas que também é moldada por elas. Cada componente dessa rede possui funções e características que permitem a análise dessa trama interpessoal. Nessa pesquisa foram utilizados os conceitos propostos por Sluzki (1997) para a análise das dimensões constitutivas das Redes Sociais de cada participante, e focaremos a análise dos MMRs de acordo com os seguintes aspectos: características estruturais,

considerando o tamanho, composição e densidade; funções dos vínculos, incluindo todas as funções listadas pelo teórico referenciado; e seus atributos de vínculos, levando em conta a reciprocidade e a frequência dos contatos. Além disso, serão abordados trechos das entrevistas realizadas para complementar a análise dos MMRs.

A presente pesquisa seguiu o pressuposto contido nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12, 510/16 e 508/18, pertinentes respectivamente às pesquisas com seres humanos, pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e pesquisas no âmbito do SUS. Além disso, obteve a devida aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com CAAE nº 15979619.2.0000.5020. Dessa forma, a participação dos sujeitos foi de caráter livre, voluntário e isento de remuneração.

4.3.3 Resultados e discussão

Participaram dessa pesquisa 6 mulheres que tiveram filhos prematuros e estavam em situação de internação hospitalar em uma maternidade da cidade de Manaus-AM. No momento da entrevista, todos os recém-nascidos (RN) estavam internados, 5 deles em Unidade Neonatal, e 1 havia obtido alta da UTIN para o Alojamento Conjunto (ALCON) há 3 dias.

Para preservarmos a identidade das participantes decidimos identificá-las com a inicial “P” de participante e o número da ordem de participação, adicionando ainda informações como idade, nº de filhos e tempo de internação em dias, conforme o exemplo: (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias).

Conforme já apresentado na Tabela 2 anteriormente, a faixa etária das participantes variou entre 21 e 31 anos, metade delas tinham o Ensino Médio Completo e em sua maioria eram evangélicas. No momento da entrevista, metade delas relataram não ter ocupação profissional, sendo ainda 1 autônoma, 1 agricultora e 1 vendedora. Todas se declararam como pardas e 5 possuíam União Estável.

A maioria delas tinham mais de um filho, variando entre 1 e 5 filhos. O tempo médio de internação até a data da entrevista foi de 24,16 dias, variando entre 13 e 52 dias e todas elas moravam no município de Manaus, com exceção de P4 (21 anos, 3 filhos, 22 dias) a única que morava na zona rural.

Os dados referentes a gestação, pré-natal e parto, bem como informações sobre o recém-nascido (RN) foram organizados na Tabela 3, já apresentada na seção anterior. A quantidade de consultas realizadas no pré-natal variou entre 0 e 5, e somente uma das participantes relataram ter planejado a gestação. As semanas de gestação ao nascer variaram entre 31 e 36

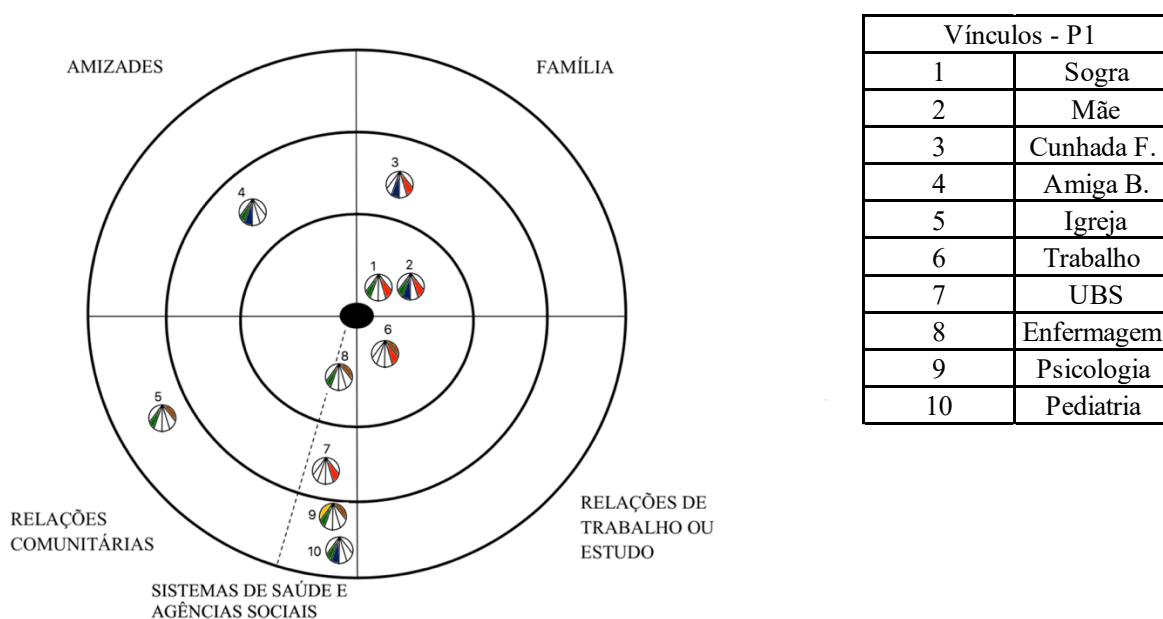
semanas, e metade delas tiveram parto cesáreo, metade normal, sendo que uma delas teve também parto domiciliar. Quanto ao peso do RN ao nascer, percebemos uma variação entre 1,320 kg e 3,145 kg, sendo 4 deles do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

Para melhor apresentação e análise dos resultados, faremos a descrição das Redes Sociais Significativas de cada participante através da exposição, descrição e discussão dos MMRs de cada uma delas e ao final apresentaremos uma consolidação de todos os dados para uma análise mais geral e ampla. Acreditamos que assim conseguiremos alcançar os objetivos dessa pesquisa.

4.3.3.1 Participante 1

O MMR da Participante 1 conta com um total de 10 vínculos, sendo 4 distribuídas no primeiro círculo, que simbolizam relações mais íntimas, 3 no círculo intermediário e 3 mais distantes. Em relação aos quadrantes, é importante destacar que o que aparece com maior número de vínculos (5) é referente às Relações Comunitárias, sendo sua maioria (4) de Sistemas de Saúde e Agências Sociais. Dentre eles, o vínculo mais próximo apresentado é o referente à equipe de Enfermagem da Maternidade de internação, seguido da Unidade Básica de Saúde (UBS), equipe de Psicologia e equipe de Pediatria da Maternidade em questão. O segundo quadrante com maior número de vínculos é o da Família, composto por sogra (1), mãe (2) e cunhada F. (3).

Figura 3 - MMR da Participante 1



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Através disso, é interessante perceber a importância dada pela participante ao papel das equipes de saúde com as quais teve contato, em especial aos profissionais de saúde da Maternidade. Vale ressaltar ainda que dos vínculos que se encontram no círculo interno, ou seja, os de maior intimidade, são os referentes à sogra, à mãe, ao trabalho e à equipe de Enfermagem, o que reforça a relevância da atuação dos profissionais de saúde nesse período de internação para mulheres mães de bebês prematuros.

Pesquisas sobre a vivência de mães de bebês prematuros também encontraram como resultado a importância do apoio recebido pela equipe de saúde para o enfrentamento desse momento de crise, o que corroboram com nossos achados (LIMA *et al.*, 2017; ZANFOLIM, CERCHIARI e GANASSIN, 2018; NUNES *et al.*, 2015, CARTAXO *et al.*, 2014). A partir disso, percebemos a necessidade do preparo dos profissionais para fornecer esse apoio adequadamente, já que é tão valioso para as mães que acompanham seus filhos hospitalizados.

Outro ponto em especial desta participante, é que o seu companheiro, pai da recém-nascida prematura, não foi simbolizado no MMR. P1 relata durante entrevista problemas conjugais e a dificuldade do companheiro de aceitar a filha e fornecer apoio. Quando questionada, ao final da realização do MMR, em relação a sua ausência no mapa a participante responde *“eu já não faço questão de ele estar nem aí, nem depois. Tenho uma mágoa muito grande. Que ele me rejeitasse, mas não um filho.”* (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias).

O surgimento de uma doença ou problema de saúde pode contribuir para um maior desajustamento entre o casal, especialmente se o relacionamento conjugal já está em conflito (MOLINA, HIGARASHI e MARCON, 2014). A falta de apoio em um momento de crise, como é o de vivenciar a prematuridade e a necessidade de internação do filho, pode trazer ainda mais dificuldades e consequências negativas para a vivência da mulher. Nesse caso percebemos que a ausência de suporte do companheiro, de uma pessoa que tem o dever de apoiar, foi tão significativa que refletiu também na sua ausência do MMR da participante.

Em relação à densidade, a participante informa que sua mãe (2), sua sogra (1), a cunhada F. (3) e a amiga B. (4) mantém contato entre si, sendo inclusive a amiga B. sobrinha da sua sogra e prima da sua cunhada F. Os vínculos 8, 9 e 10, referente às equipes de saúde da Maternidade também mantém contato entre si. A participante não faz referência a contatos da igreja (5) e trabalho (6) com os demais vínculos do mapa.

Percebemos, então, que há uma variedade de conexões entre o quadrante Família e Amizade, porém baixa interação entre os demais componentes. Em relação às funções dos vínculos atribuídas pela participante optamos por apresentá-los primeiramente em formato de Tabela 4 para melhor entendimento dos dados.

Tabela 4 - Funções dos Vínculos da Participante 1

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1	Sogra	X			X	
2	Mãe	X	X		X	
3	Cunhada F.		X		X	
4	Amiga B.	X	X			
5	Igreja	X				X
6	Trabalho				X	X
7	UBS				X	
8	Enfermagem	X				X
9	Psicologia	X				X
10	Pediatria	X	X			

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Todos os 3 vínculos familiares descritos possuem como função Ajuda Material e de Serviço, a sogra (1) e a mãe com o adicional de Apoio Emocional, a mãe (2) também desempenhando função como Guia Cognitivo e de Conselhos, função também assinalada para Cunhada F. (3). O único vínculo de Amizade assinalado desempenha função de Apoio Emocional e Guia Cognitivo e de Conselhos. A Igreja (5) com as funções de Apoio Emocional e Acesso a Novos Contatos, e o Trabalho (6), aqui simbolizando o fazer laboral da participante, com função de Ajuda Material e de Serviço e Acesso a Novos Contatos.

Dos 4 vínculos do subgrupo Serviços de Saúde e Agências Sociais, a UBS (7) aparece com a função de Ajuda Social e de Serviço, enquanto os demais, Enfermagem (8), Psicologia (9) e Pediatria (10), tem função de Apoio Emocional. A Enfermagem (8) e a Psicologia (9) também aparecem com função de Acesso a Novos Contatos, a Psicologia (9) ainda como Companhia Social e a Pediatra (10) como Guia Cognitivo e de Conselhos.

É interessante perceber aqui que as funções desempenhadas por esses vínculos dos Serviços de Saúde e que se configuram como importante para a participante vai além da prestação de serviço. Esses vínculos fornecem também suporte emocional através de atitudes de compreensão, empatia e cuidado, além de companhia social, que é o estar junto e à disposição para o que for preciso, e ainda proporcionando modelos de papéis e conselhos. Percebemos, assim, que essas são funções consideradas importantes para essas mulheres e que impactam positivamente na experiência vivida dentro do hospital.

Exequiel *et al.* (2019) apontam a necessidade de a equipe de saúde fornecer um cuidado humanizado, concedendo acolhimento, informação e empatia ao recém-nascido e a sua família

a fim de reduzir o estresse e o sofrimento decorrente da hospitalização. Essas funções são essenciais para ajudar na adaptação ao ambiente desconhecido da UTIN e por isso são valorizadas pelas mães de bebês em situação de internação.

Percebemos ainda que nenhum dos vínculos descritos apontam como função Regulação ou Controle Social e, no geral, o Apoio Emocional foi a função mais desempenhada pelos vínculos (7 dos 10), sendo a segunda a Ajuda Material e de Serviços (5 dos 10). Em seguida aparece a função Guia Cognitivo e de Conselhos e Acesso a Novos Contatos (cada um com 4 dos 10) e por último Companhia Social (1 dos 10).

Em relação aos atributos dos vínculos avaliaremos a reciprocidade e a frequência do contato. No que diz respeito à reciprocidade dos vínculos, a participante relata que em relação à Sogra, à Mãe, à Amiga B. e ao trabalho acredita desempenhar as mesmas funções que recebe. Em relação ao vínculo da cunhada, afirma ser recíproco a função de Ajuda Material e de Serviços, e diz que a função de Guia Cognitivo e de Conselhos não é tão recíproco pois a cunhada “*não é muito de se abrir*”. Os demais vínculos, Igreja, Enfermagem, UBS, Psicologia e Pediatra não são recíprocos porque diz respeito mais aos serviços prestados por eles e recebidos pela participante.

Quanto à frequência dos contatos, a Participante 1 diz que tem mais contato com a Sogra, Mãe, Amiga B. e o Trabalho. O contato com a Igreja não é tão frequente, sendo no momento de internação a maior frequência de contatos com os profissionais de saúde: “*Assim, é muito pouco aproximação que eu tenho. E agora que eu estou esse tempo todinho aqui pra cá, é com vocês todos aqui da maternidade, da psicologia, pediatria e enfermagem. A UBS foi no tempo que eu tive fazendo o pré-natal.*” (P1, 23 anos, 3 filhos, 28 dias).

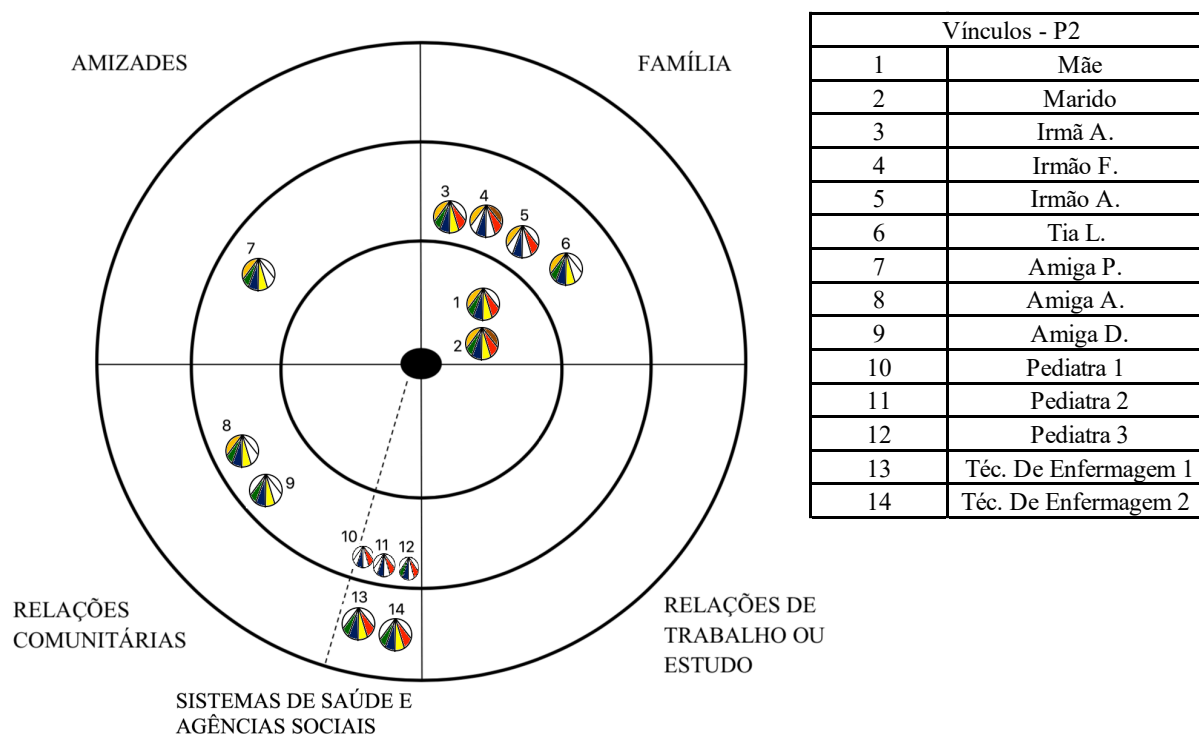
Esse dado aponta mais uma vez a importância do apoio fornecido pela equipe de saúde, que são os vínculos com maior frequência de contato com as pacientes no momento de internação. Nesse período os contatos com os demais vínculos ficam prejudicados, sendo os profissionais de saúde os mais próximos. Esse achado reforça a relevância da preparação da equipe de saúde para fornecer apoio às mães que estão acompanhando seus filhos prematuros nas Unidades Neonatais, o que, sem dúvidas, impacta na qualidade da assistência prestada.

4.3.3.2 Participante 2

O MMR da Participante 2 conta com um total de 14 vínculos, sendo 10 dispostos no círculo intermediário, 2 no círculo mais próximo e 2 nos mais distantes. Em relação aos quadrantes, a maioria dos seus vínculos, 7 deles, encontram-se nas Relações Comunitárias,

considerando 5 vínculos provenientes das relações estabelecidas durante a internação na Maternidade, sendo 3 Pediatras e 2 Técnicas de Enfermagem. O quadrante da Família vem em seguida com um total de 6 vínculos, de onde surgem os 2 vínculos mais íntimos, sua mãe (1) e seu marido (2). O quadrante relacionado às Relações de Trabalho e Estudo não possui nenhum vínculo.

Figura 4 - MMR da Participante 2



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Podemos perceber aqui que novamente a equipe de saúde aparece com papel importante na Rede Social Significativa, sendo o quadrante mais numeroso o das Relações Comunitárias, que inclui os Sistemas de Saúde e Agências Sociais, em seguida do quadrante da Família. Essa característica também foi indetectada no MMR da Participante 1.

É importante destacar que a participante relata ter poucos amigos, sendo o seu maior contato com familiares, o que também é perceptível no MMR em que o quadrante Amizade só possui um vínculo representado: “*são poucas pessoas que eu convivo mesmo, é mais família.*” (P2, 30 anos, 5 filhos, 15 dias).

Sluzki (1997) afirma que as redes muito localizadas, ou seja, com uma distribuição concentrada em um ou mais quadrantes ou círculos, são redes menos flexíveis e efetivas. Percebemos no MMR da Participante 2 que suas relações estão concentradas em sua maioria

no quadrante Relações Comunitárias e Família, havendo somente 2 vínculos no primeiro círculo que demonstra maior proximidade e intimidade.

Dentro dessa configuração é possível inferir que em situações de crise o apoio fornecido pela rede pode não ser tão efetivo, pois há poucos vínculos íntimos e poucos vínculos disponíveis a fornecer apoio nos diferentes quadrantes. É provável que isso traga implicações pra saúde e pro bem-estar do indivíduo, podendo ainda causar uma sobrecarga do Sistema de Saúde quando instaurado uma situação de crise em que haja a necessidade de suporte. Além disso, acreditamos ser possível trazer consequências emocionais para o sujeito que pode se sentir desamparado, sozinho e sem recursos para enfrentar momentos de dificuldades.

Em relação à densidade, a participante informa que além da conexão existente entre os membros da família, a Amiga P. (7), do quadrante Amizade, também estabelece contato com a família e somente a mãe (1) e o marido (2) mantêm contato com as amigas da igreja (8 e 9). Os vínculos 10, 11, 12, 13 e 14, referente às equipes de saúde da Maternidade têm conexão entre si, mas não com os vínculos familiares.

Percebemos, então, que os dois quadrantes que possuem o maior número de vínculos, que são Família e Relações Comunitárias não possuem uma conexão forte entre si, havendo maior contato entre o quadrante Família e Amizade. Essa característica pode trazer prejuízos nos momentos em que a rede precisa ser acionada para fornecer apoio adequado. A seguir apresentamos na Tabela 5 os dados organizados em relação às funções dos vínculos atribuídas pela Participante 2.

Tabela 5 - Funções dos Vínculos da Participante 2

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1 Mãe	X	X	X	X	X	
2 Marido	X	X	X	X	X	X
3 Irmã A.	X	X	X	X	X	
4 Irmão F.	X		X		X	X
5 Irmão A.	X		X		X	
6 Tia L.	X	X	X	X		
7 Amiga P.	X	X	X	X		
8 Amiga A.	X	X	X	X		
9 Amiga D.		X	X	X		
10 Pediatra 1			X		X	
11 Pediatra 2			X		X	
12 Pediatra 3		X	X		X	
13 Téc. Enferm. 1		X	X	X	X	
14 Téc. Enferm. 2		X	X	X	X	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Todos os vínculos descritos desempenham função de Guia Cognitivo e de Conselhos, sendo a segunda função mais relatada o Apoio Emocional e Ajuda Material e de Serviços (10 dos 14), vindo em seguida Regulação ou Controle Social (9 de 14), depois Companhia Social (8 de 14) e por último Acesso a Novos Contatos (2 de 14). Somente o Marido (2) foi representado com todas as funções atribuídas. A mãe (2) e a Irmã A. (3) desempenham todas as funções, com exceção do Acesso a Novos Contatos.

Em relação aos profissionais de saúde todos desempenharam função de Ajuda Material e de Serviço e Guia Cognitivo e de Conselhos, sendo atribuído ainda às Técnicas de Enfermagem (13 e 4) Regulação ou Controle Social e Apoio Emocional. Dos três pediatras simbolizados no mapa, somente um teve a função de Apoio Emocional relatada.

No estudo desenvolvido por Lima (2020), o apoio emocional e a ajuda material, nessa sequência, foram as funções com maior destaque para as participantes, que também eram mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar. Esses dados reforçam a importância desse tipo de suporte para essas mulheres, que devem ser fornecidos também pela equipe de saúde que presta assistência a esse público.

Sobre os atributos dos vínculos, no que diz respeito à reciprocidade em relação ao Marido todas as funções são recíprocas, com exceção de Acesso a Novos Contatos. Em relação à mãe, todas as funções recebidas são recíprocas com exceção da Guia Cognitivo e de Conselhos. Em relação à irmã, todas as funções são recíprocas, com exceção da companhia social, e já em relação aos dois irmãos mencionados todas as funções são recíprocas. Para a Tia L., a paciente desempenha todas as funções que recebe menos a Companhia Social. Em relação à Amiga P. a paciente diz desempenhar função de Apoio Emocional, Guia Cognitivo e de Conselho, Regulação ou Controle Social e adicionando Ajuda Material e de Serviços. Já quanto às duas outras amigas representadas, considera que todas as funções são recíprocas.

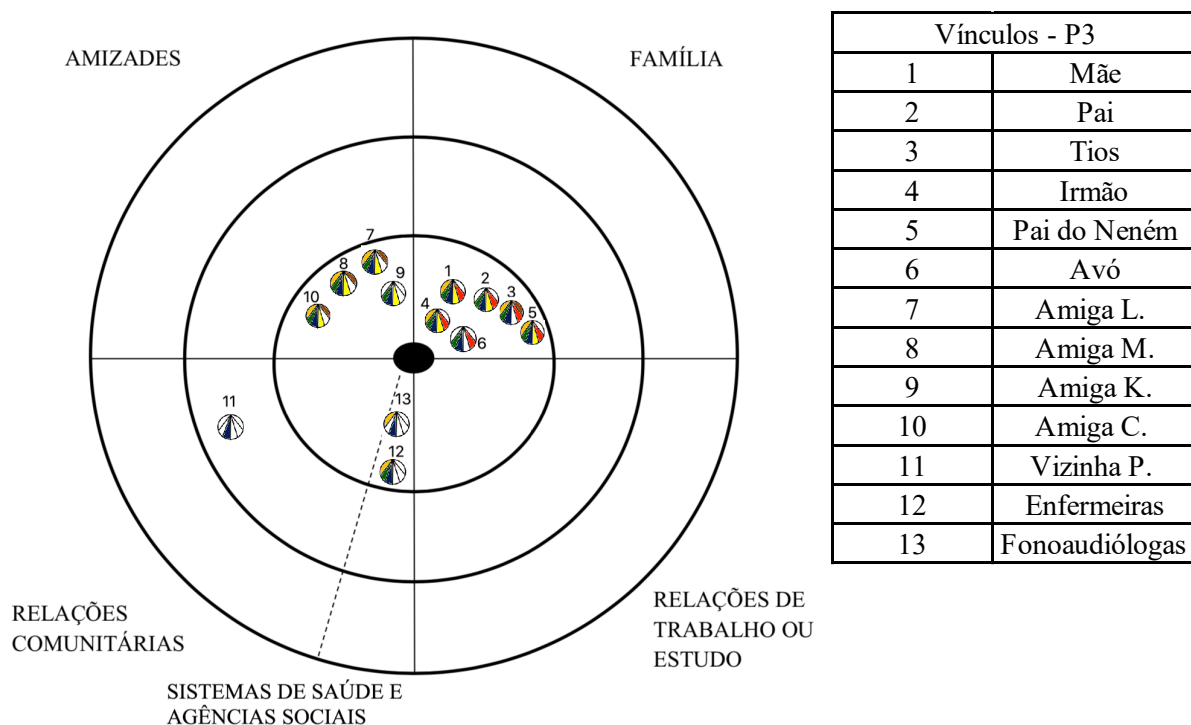
No que diz respeito ao apoio recebido dos profissionais de saúde representados no MMR, a paciente aponta não ser recíproco, já que ela recebe o apoio da equipe e fornece em contrapartida por estar recebendo assistência deles. Percebemos que uma variedade de vínculos da Participante 2 possuem reciprocidade em relação às funções, o que demonstra uma conexão importante entre os vínculos.

Quanto à frequência dos contatos, a participante afirma ter contato semanal e mais frequente com a mãe e o marido, porém toda semana tem contato com a tia e com as amigas representadas no MMR. No momento, a frequência maior do contato é com a equipe de saúde, devido a necessidade de internação do seu filho, o que reforça a importância desse contato com os profissionais.

4.3.3.3 Participante 3

O MMR da Participante 3 conta com um total de 13 vínculos, sendo 12 dispostos no círculo mais próximo, o que indica maior intimidade, e 1 vínculo no círculo intermediário. Em relação aos quadrantes, a maioria dos seus vínculos, 6 deles, encontram-se no quadrante da Família, vindo em seguida o quadrante da Amizade com 4 vínculos e o de Relações Comunitárias com 3. Este último, vale destacar, que no subgrupo Sistemas de Saúde e Agências Sociais foram incluídos os vínculos estabelecidos com as Enfermeiras (12) e com as Fonoaudiólogas (13) da Maternidade em que desenvolveu-se o estudo, ambas estando no primeiro círculo, que demonstra proximidade dos vínculos.

Figura 5 - MMR da Participante 3



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebemos nesse MMR que os vínculos estão representados com uma certa proximidade, pois estão em sua maioria no círculo de maior intimidade. Sluzki (1997) aponta que as redes muito localizadas são menos efetivas e flexíveis, o que vale pra análise tanto dos quadrantes quanto dos círculos, como é o caso dessa participante.

Em relação à densidade, participante informa que todos tem contato entre si, com exceção da equipe de saúde relatada. Tal fato demonstra a conexão dos vínculos da rede e reforça a proximidade já representada no MMR. Sluzki (1997) afirma que um nível de densidade muito alta favorece a conformidade em seus membros, o que pode trazer uma pressão para adaptação da pessoa às regras do grupo, e caso haja um desvio individual é provável que haja também sua exclusão da rede. Segundo o autor, esses pontos podem caracterizar uma rede com mais inércia e um nível de afetividade mais baixo. Para melhor organização dos dados quanto às funções dos vínculos, apresentamos abaixo a Tabela 6.

Tabela 6 - Funções dos Vínculos da Participante 3

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1 Mãe	X	X	X	X	X	
2 Pai		X	X	X	X	
3 Tios	X	X	X		X	X
4 Irmão	X	X	X	X	X	
5 Pai do Neném	X	X	X	X	X	
6 Avó		X	X		X	
7 Amiga L.	X	X	X	X		X
8 Amiga M.	X	X	X	X		X
9 Amiga K.		X	X	X		
10 Amiga C.	X	X	X	X		X
11 Vizinha P.			X			
12 Enfermeiras	X	X	X			
13 Fonoaudiólogas	X		X			

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebemos aqui que todos os vínculos possuem a função Guia Cognitivo e de Conselhos, vindo em seguida a função de Apoio Emocional (11 dos 13), seguido de Companhia Social e Regulação ou Controle Social (8 dos 13). Ajuda Material (6 de 13) e Acesso a Novos Contatos (4 de 13) foram as funções menos desempenhadas pelos vínculos. Nenhum vínculo foi representado com todas as funções, sendo a Mãe (1) e o Pai do Neném (5) os vínculos com maior número de funções, ambos desempenhando todas as funções com exceção de Acesso a Novos Contatos. Em relação aos profissionais de saúde as Enfermeiras desempenharam função de Companhia Social, Apoio Emocional e Guia Cognitivo e de Conselhos e as Fonoaudiólogas de Companhia Social e Guia Cognitivo e de Conselhos.

Analisando os atributos dos vínculos, no que diz respeito à reciprocidade os vínculos que a participante relata fornecer as mesmas funções recebidas foram o Pai do Neném (5), o Irmão (4), a Avó (6) e a Vizinha P. (11). Em relação à Mãe (1) e ao Pai (2), apontou reciprocidade quanto a função de Apoio Emocional e Ajuda Material. Quanto aos tios, desempenha funções de Companhia Social e Apoio Emocional. Em relação à Amiga L. (7) e Amiga M. (8), Apoio Emocional e Acesso a Novos Contatos são funções recíprocas, e para a Amiga K. (9) Apoio Emocional, e para a Amiga C. (10), Apoio Emocional, Companhia Social e Guia Cognitivo e de Conselhos. Quanto a equipe de saúde representada, a participante relatou ser recíproco somente a função de Companhia Social, já que no geral ela mais recebe o apoio e assistências delas.

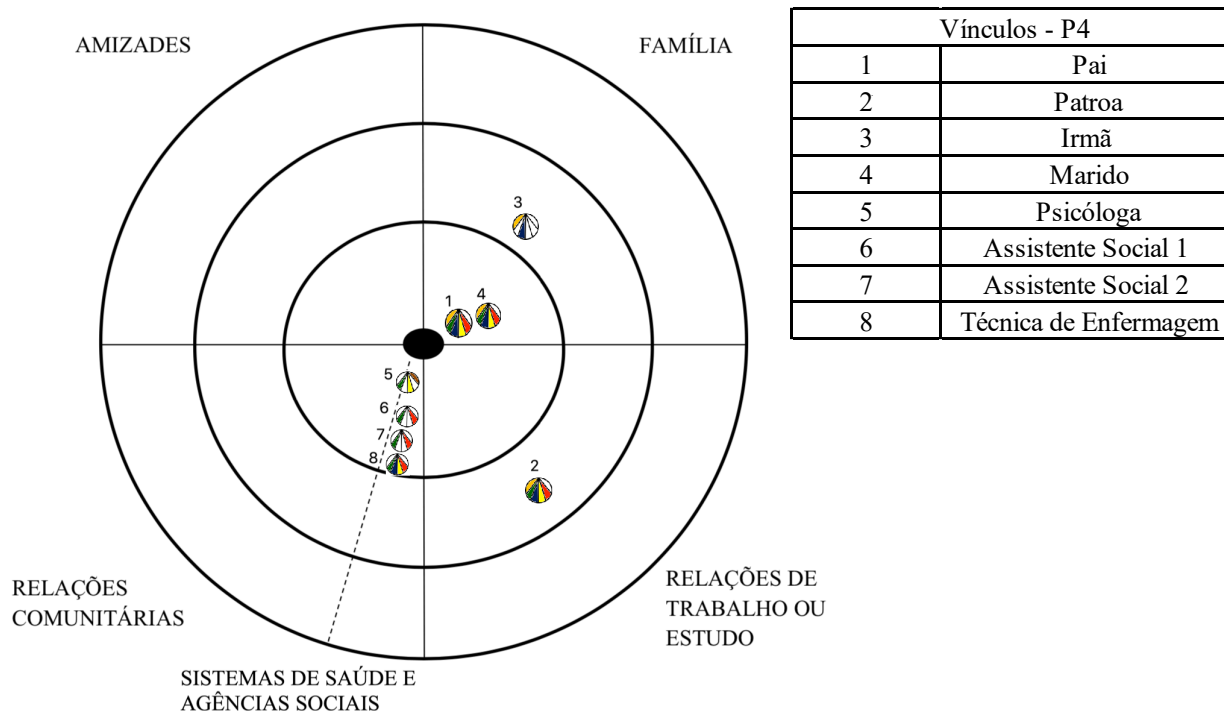
Em relação à frequência dos contatos, a participante diz ser “*sempre, toda semana*”. A Avó ela diz ser todo dia e os tios, toda semana, quando não estava internada na maternidade. Naturalmente durante a internação a maior frequência acaba sendo com os profissionais de saúde da instituição.

4.3.3.4 Participante 4

O MMR da Participante 4 possui um total de 8 vínculos, sendo 6 dispostos no círculo mais próximo e 2 no intermediário. O quadrante com maior número de vínculos é o de Relações Comunitárias, mais especificamente o subgrupo Sistemas de Saúde e Agências Sociais, onde estão dispostos os vínculos que representam a Psicóloga (5), a Assistente Social 1 (6), a Assistente Social 2 (7) e a Técnica de Enfermagem (8), todos parte da equipe de saúde da Maternidade em que o estudo foi desenvolvido. Vale destacar aqui que todos esses vínculos encontram-se no primeiro círculo, o que demonstra importância e proximidade.

Em seguida, o quadrante Família vem com três vínculos, sendo o pai (1) e o marido (4) dispostos no primeiro círculo e a irmã (3) no círculo intermediário. O quadrante relacionado às Relações de Trabalho e Estudo possui um vínculo, o da Patroa (2), que fica no círculo intermediário.

Figura 6 - MMR da Participante 4



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Neste caso em específico notamos uma Rede Social Significativa pouco extensa, e os vínculos em sua maioria encontra-se no primeiro círculo de intimidade. Sluzki (1997) aponta que as redes mínimas são menos efetivas em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração. Nessas configurações os membros podem evitar o contato para evitar uma sobrecarga ou podem se sobrecarregar. Além disso, como já discutido na análise da Participante 3, uma distribuição de vínculos muito concentrada revela uma rede menos flexível e efetiva.

Em relação à densidade, a participante informa que o marido e a patroa possuem contato entre si, e o pai e a irmã também, porém o marido tem pouco contato com o pai e a irmã, devido principalmente a distância de suas moradias. Os vínculos 5, 6, 7 e 8, referente às equipes de saúde da Maternidade, têm conexão entre si, mas não com os vínculos familiares.

Apresentamos abaixo na Tabela 7 as funções dos vínculos representados no MMR da Participante 4. Apoio Emocional (7 de 8) foi a função mais relatada, sendo a segunda Ajuda Material e de Serviços (6 de 8). Em seguida temos Guia Cognitivo e de Conselhos e Regulação ou Controle Social (5 de 8) e Companhia Social (4 de 8), estando por último a função de Acesso a Novos Contatos (2 de 8).

Tabela 7 - Funções dos Vínculos da Participante 4

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1 Pai	X	X	X	X	X	
2 Patroa	X	X	X	X	X	
3 Irmã	X		X			X
4 Marido	X	X	X	X	X	
5 Psicóloga		X		X		X
6 Ass. Social 1		X			X	
7 Ass. Social 2		X			X	
8 Téc. Enferm.		X	X	X	X	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebemos que esses resultados estão em consonância com o que foi encontrado por Hayakawa *et al.* (2010), que investigaram a importância da rede social durante o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), não sendo por isso especificamente sobre prematuridade. Seus resultados também apontaram a afetividade como componente fundamental da rede de apoio, sendo os membros familiares importantes suportes para as mães que acompanham seus filhos internados.

Os vínculos que desempenham mais funções são o Pai (1) e a Patroa (2) e o Marido (4), que só não desempenham a função de Acesso a Novos Contatos. Em relação aos profissionais de saúde representadas no MMR, a Psicóloga (5) desempenhou a função de Apoio Emocional, Regulação ou Controle Social e Acesso a Novos Contatos, a Assistente Social 1 (6) e Assistente Social 2 (7) desempenharam função de Apoio Emocional e Ajuda Material e de Serviços.

A Técnica de Enfermagem (8) foi a profissional de saúde que teve mais funções assinaladas, sendo elas Apoio Emocional, Guia Cognitivo e de Conselhos, Regulação ou Controle Social e Ajuda Material e de Serviços. Esse dado é importante porque mostra a importância do papel dos técnicos de enfermagem que geralmente são os profissionais que ficam mais tempo em contato com essas mulheres, o que reforça a necessidade de prepará-los adequadamente, estimulando a adoção da prática humanizada e ética.

Em relação aos atributos dos vínculos, no que diz respeito à reciprocidade o único vínculo que a participante relata fornecer as mesmas funções recebidas foi o do Marido (4). Quanto ao Pai (1), relata ser recíproco a função de Guia Cognitivo e de Conselhos, Apoio Emocional e Companhia Social, em relação a Patroa (2) Ajuda Material e de Serviços e em relação à Irmã (3), considera ser recíproco os que recebe com uma função adicional de

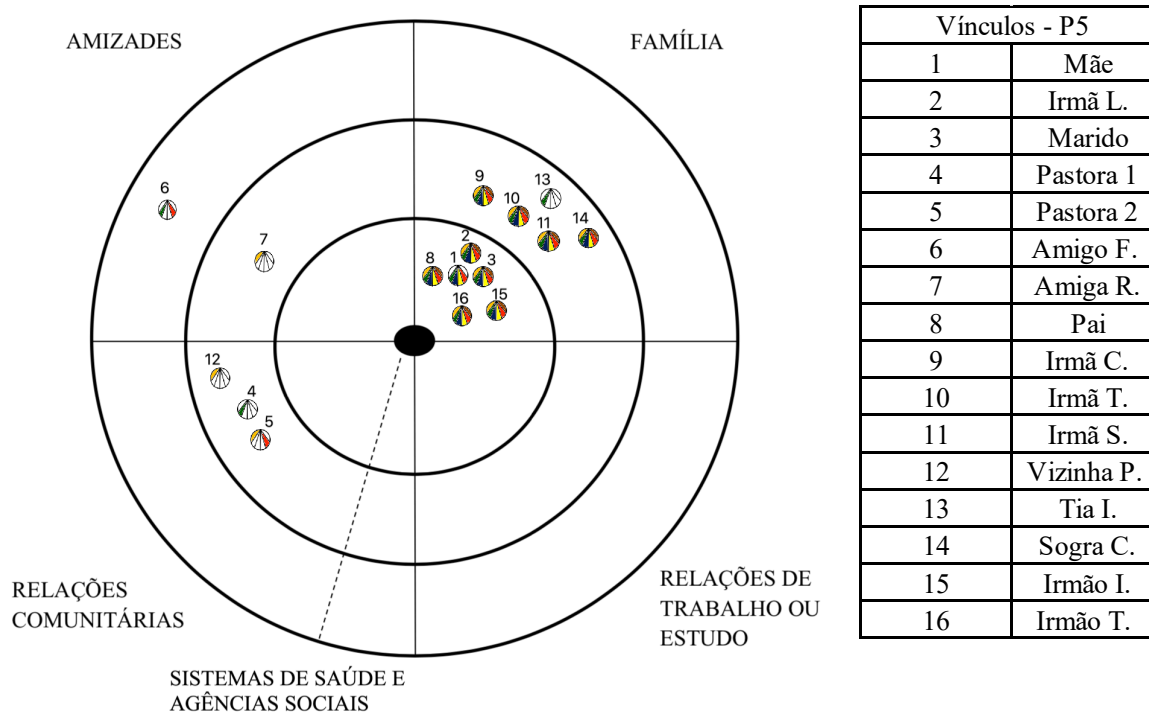
Regulação e Controle Social. Quanto aos vínculos representados das profissionais de saúde, a participante relata que “é mais eu recebendo o apoio”, não considerando a reciprocidade nessas relações.

A frequência dos contatos foi apontada como alta, pois a participante diz ter contato todos os dias com os vínculos representados no MMR. Essa característica indica uma conexão adequada pois além da frequência alta, são vínculos com muita proximidade.

4.3.3.5 Participante 5

O MMR da Participante 5 conta com um total de 16 vínculos, sendo 9 deles dispostos no círculo intermediário, 6 no círculo interno e 1 no círculo externo. O quadrante Família possui 11 vínculos, sendo o maior, em seguida o de Relações Comunitárias com 3, e por último o de Amizades com 2. Importante apontar que, diferentemente das demais participantes, esta não informou vínculos relativos aos profissionais de saúde da Maternidade em questão, o subgrupo Sistemas de Saúde e Agências Sociais. Além disso, o quadrante relacionado às Relações de Trabalho e Estudo não possui nenhum vínculo.

Figura 7 - MMR da Participante 5



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Vale ressaltar que essa participante relatou ter vivido uma situação problemática e difícil com a médica que realizou seu parto: *“Eu também não gostei da médica que me operou porque ela falou bem assim ‘reza para ele tá vivo’. Aí eu me desesperei, a minha pressão aumentou nessa hora. Fiquei muito triste quando ela falou isso, sabe?”* (P5, 31 anos, 1 filho, 13 dias). Tal acontecimento, que demonstra uma falta de apoio da profissional com a participante, pode ter influenciado na sua percepção quanto ao apoio recebido da equipe e, ainda, na consideração dos profissionais de saúde como vínculos significativos para serem representados no MMR.

Zanfolim, Cerchiari e Ganassin (2018) também encontraram em sua pesquisa dificuldades relatadas pelas mães de bebês prematuros em relação à equipe de saúde. Elas enfatizaram a falta de empatia e a pressão que sentem por parte dos profissionais em um momento em que se encontram sensíveis física e emocionalmente no pós-parto, o que trouxe prejuízo na vivência da internação do bebê. Esses achados reforçam a importância de preparo dos profissionais para fornecer assistência adequada às mães de bebês prematuros, que também têm suas necessidades de cuidados diante de toda a problemática vivida.

Em relação à densidade, a participante relata que os vínculos do quadrante da Amizade estabelecem contato com o quadrante Família, mesmo com sua ausência. O quadrante das Relações Comunitárias também mantém contato com o da Família, porém não tão próximo quanto o da Amizade, e não possui contato com o quadrante da Amizade. Todos do quadrante da Família tem contato entre si. Percebemos, então, uma conexão adequada entre os vínculos, o que pode proporcionar um apoio mais efetivo em situações em que é preciso o acionamento da rede. As funções dos vínculos estão apresentados na Tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - Funções dos Vínculos da Participante 5

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1 Mãe		X	X	X	X	
2 Irmã L.	X	X	X	X	X	X
3 Marido	X	X	X	X	X	X
4 Pastora 1		X				
5 Pastora 2	X				X	
6 Amigo F.		X			X	
7 Amiga R.	X					
8 Pai	X	X	X	X	X	X
9 Irmã C.	X	X	X	X	X	X
10 Irmã T.	X	X	X	X	X	X
11 Irmã S.	X	X	X	X	X	X
12 Vizinha P.	X					
13 Tia I.		X				
14 Sogra C.	X	X	X	X	X	X
15 Irmão I.	X	X	X	X	X	X
16 Irmão T.	X	X	X	X	X	X

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Percebemos que Apoio Emocional (13 de 16) foi a função mais relatada, vindo em seguida Ajuda Material e de Serviço (12 de 16) e Companhia Social (12 de 16), Guia Cognitivo e de Conselhos e Regulação ou Controle Social (10 de 16) e por último Acesso a Novos Contatos (9 de 16). Dos 16 vínculos do MMR da Participante 5, 10 desempenham todas as funções, estando todos esses vínculos no quadrante família, são eles: Irmã L. (2), Marido (3), Pai (8), Irmã C. (9), Irmã T. (10), Irmã S. (11), Sogra C. (14), Irmão I. (15), Irmão T. (16).

A pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2018), da qual participaram mães acompanhantes de bebês internados em UTIN, não somente prematuros, também apontou a importância do apoio recebido pela família nesse momento de hospitalização. O suporte emocional, espiritual e financeiro foi destacado pelas participantes da pesquisa como fundamentais para as situações adversas vividas. É possível perceber no MMR da Participante 5 a importância desses vínculos familiares, que desempenham tantas funções de apoio, essenciais no momento de crise em que se encontra.

Percebemos que todos os irmãos representados no MMR foram designados como cumprindo todas as funções, e além disso, os vínculos com mais funções estão no quadrante

Família, o que demonstra uma importante participação familiar, com fornecimento de apoio em suas mais diversas situações. No entanto, Sluzki (1997) aponta que as redes muito localizadas em um quadrante ou círculo são menos flexíveis e efetivas, o que podemos observar no MMR da Participante 5 que possui a grande maioria dos seus vínculos concentrados no quadrante da Família e poucos nos demais quadrantes.

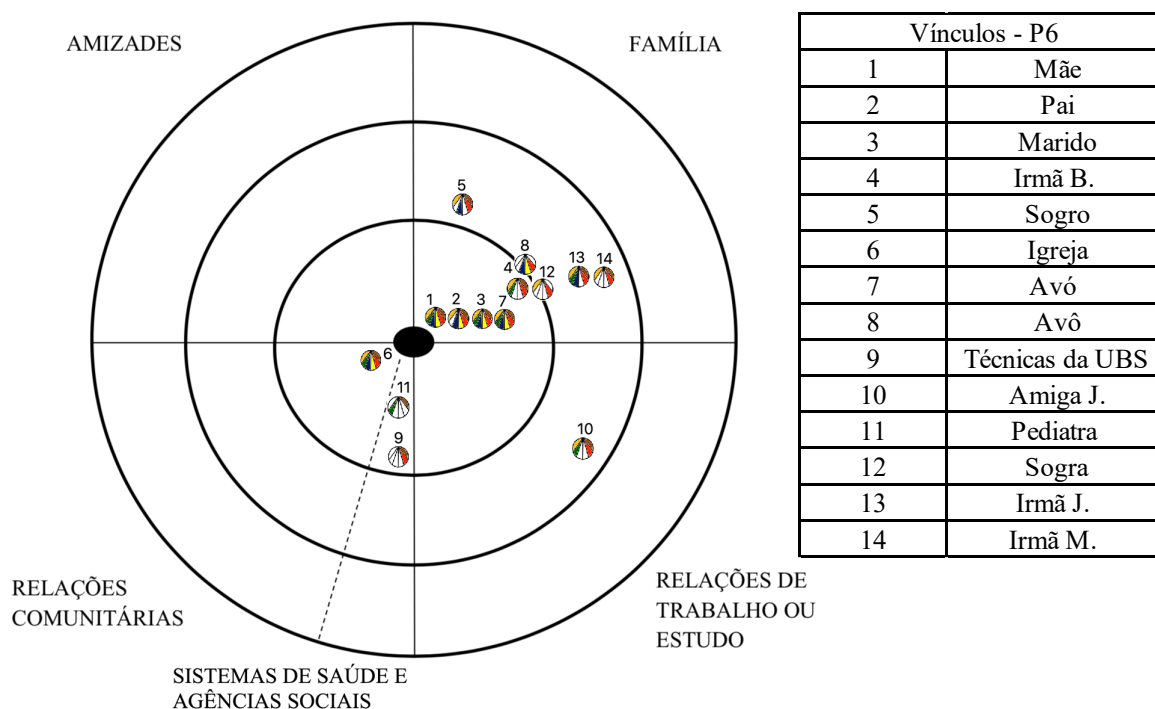
Em relação à reciprocidade, a participante diz que desempenha as mesmas funções pro Marido (3), pro Pai (8), pra todas as irmãs e irmãos representados no MMR (2, 9, 10, 11, 15, 16), pra Amiga R. (7), Vizinha P. (12) e pra Sogra (14). Pra Mãe (1), a participante diz ser recíproco Apoio Emocional e Ajuda Material e de Serviços, adicionando ainda a função de Companhia Social. Em relação à Pastora 1 (4), é recíproco a Ajuda Material e de Serviços e quanto à Pastora 2 (5), recíproco a Companhia Social e uma função adicional de Apoio Emocional. Para o Amigo F. (6) diz ser recíproco a função de Apoio Emocional e para a Tia I. (13) diz não ser recíproco, mas desempenha a função de Companhia Social.

Quanto à frequência dos contatos, a participante diz ter contato com as pessoas da família “*todo dia e toda semana*”, o que demonstra proximidade dos contatos... Em relação aos amigos, diz que não tem muito contato e que as vezes fica mais de meses sem ver. Quanto às Pastorais representadas no MMR, participante diz que seu contato se restringe aos momentos em que vai ao culto, o que acontece em média três vezes na semana quando não estava internada acompanhando seu filho, e a Vizinha P. só mantém contato nos fins de semana.

4.3.3.6 Participante 6

O MMR da Participante 6 conta com um total de 14 vínculos, sendo 8 dispostos no círculo mais próximo, 2 na fronteira entre o primeiro e o segundo círculo, e 4 no círculo intermediário. O quadrante Família possui o maior número de vínculos, sendo 10, e em seguida o quadrante Relações Comunitárias aparece com 3 vínculos, sendo 2 referente ao subgrupo Sistemas de Saúde e Agências Sociais, que se refere ao vínculo com Pediatra (11) da Maternidade do estudo e com as Técnicas da UBS (9). Notamos ainda que o Quadrante Amizade não possui nenhum vínculo, sendo a única relação de amizade relatada simbolizada no quadrante Relações de Trabalho ou Estudo, a Amiga J. (10).

Figura 8 - MMR da Participante 6



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

É interessante perceber que ambos os vínculos de profissionais de saúde representados no MMR estão no primeiro círculo de intimidade, o que demonstra proximidade. Como vimos nas análises das demais participantes, com exceção da Participante 5, a equipe de saúde faz parte da Rede Social Significativa das mulheres mães de bebês prematuros, o que reforça a importância da atuação desses profissionais.

Nossos achados estão em consonância com outros estudos da área. Cartaxo *et al.* (2014) investigaram a vivência de mães na UTIN e encontraram que a atenção e o cuidado dos profissionais auxiliaram as mães, deixando-as mais tranquilas e seguras e amenizando ansiedades e angústias.

Nesse mesmo sentido, Nunes *et al.* (2015), que investigaram a percepção materna acerca da vivência na primeira etapa do Método Canguru na UTIN, também tiveram como resultado que as mães se sentiram acolhidas por terem informações sobre o estado de saúde do bebê e por serem cuidadas pela equipe multidisciplinar. Esses achados confirmam o impacto que a atuação profissional pode ter na vivência das mães de bebês prematuros em situação de internação, sendo por isso necessário o preparo adequado desses profissionais.

Em relação à densidade, a participante informa que os vínculos do quadrante Família tem contato entre si e o vínculo da Igreja (6) estabelece conexão com a Família, sendo seu sogro (5) inclusive pastor da Igreja relatada. Participante relata ainda que as Técnicas da UBS (11) também mantém contato com a Família, sendo uma das Técnicas sogra da sua irmã e as outras vizinhas. O vínculo que representa a Amiga J. (10) e Pediatra (11) são os únicos que não têm contato com outros vínculos. As funções dos vínculos foram organizadas abaixo na Tabela 9.

Tabela 9 - Funções dos Vínculos da Participante 6

Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
1 Mãe	X	X	X	X	X	X
2 Pai	X		X	X	X	X
3 Marido	X	X	X	X	X	X
4 Irmã B.	X	X			X	X
5 Sogro	X		X		X	X
6 Igreja	X	X	X	X	X	X
7 Avó	X	X	X	X	X	X
8 Avô			X	X	X	
9 Téc. UBS					X	X
10 Amiga J.	X	X			X	X
11 Pediatra		X				X
12 Sogra	X				X	
13 Irmã J.	X	X	X		X	X
14 Irmã M.	X				X	X

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A função mais relatada pela Participante 6 foi Ajuda Material e de Serviços (13 de 14), em segundo lugar Acesso a Novos Contatos (12 de 14) e em terceiro Companhia Social (11 de 14). Em seguida temos Apoio Emocional e Guia Cognitivo e de Conselhos (8 de 14) e por último Regulação ou Controle Social. Os vínculos representados pela Mãe (1), Marido (3), Igreja (6) e Avó (7) foram os únicos assinalados com todas as funções. As Técnicas da UBS (9) desempenham função de Ajuda Material e de Serviços e Acesso a Novos Contatos e a Pediatra (11) de Apoio Emocional, o que é interessante constatar uma função que extrapola o fazer técnico dos profissionais.

Em relação aos atributos dos vínculos, a participante diz desempenhar de forma recíproca as funções para o Pai (2), o Marido (3), a Igreja (6), as Técnicas da UBS (9) e a Irmã

J. (13). Em relação à Mãe (1) a participante diz desempenhar todas as funções com exceção de Regulação ou Controle Social e em relação à Irmã B. (4), fornece as duas que ela não recebe, sendo Guia Cognitivo e de Conselhos e Regulação ou Controle Social. Quanto à Avó (7), a participante considera desempenhar todas as funções com exceção de Guia Cognitivo e de Conselhos e Regulação ou Controle Social e para a Amiga J. (10) desempenha as duas funções que ela não recebe, Guia Cognitivo e de Conselhos e Regulação ou Controle Social. Em relação à Irmã J. (13) a participante diz que desempenha todas as funções pra ela e sobre a Pediatra (11), diz que não fornece nenhum, pois ela só recebe o apoio.

Quanto à frequência do contato com os vínculos, os pais, avós, irmãs e esposo mantém contato quase todos os dias e o sogro, a sogra e a igreja, toda semana. Com as técnicas da UBS a frequência é de uma vez na semana e a Amiga J. é o vínculo mais distante atualmente, pois tem mais de um mês sem se ver.

4.3.3.7 Análise Global dos MMRs

As análises dos MMRs mostram que as Redes Sociais Significativas das mulheres mães de bebês prematuros hospitalizados que participaram da pesquisa se baseiam principalmente nas relações com a família e, em seguida, com os profissionais de saúde com os quais tiveram contato durante a internação. Identificamos que a maior parte dos vínculos estão dispostos no quadrante Família (39) e Relações Comunitárias (25), que contempla os Sistemas de Saúde e Agências Sociais, conforme apresentado na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 - Quantidade de vínculos de acordo com os quadrantes

Participantes	Família	Amizades	Relações Comunitárias	Relações de Trabalho ou de Estudo	Total
Participante 1	3	1	5	1	10
Participante 2	6	1	7	0	14
Participante 3	6	4	3	0	13
Participante 4	3	0	4	1	8
Participante 5	11	2	3	0	16
Participante 6	10	0	3	1	14
Total	39	8	25	3	75

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os vínculos simbolizados no quadrante da família incluem mães, sogras, companheiros, pai, irmãos e irmãs, tias e tios, avós e avô, cunhada e pai do bebê. Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo de caracterizar a produção científica

em base de dados nacionais e internacionais sobre a Rede Social Significativa de mulheres no processo gestacional. Seus achados corroboram com os nossos nesse ponto pois constataram que os principais membros que constituíram a rede eram também da família. Porém, os vínculos com maior ênfase foram o do companheiro, seguido da mãe e da sogra, e no nosso estudo, o vínculo mais relatado foi o da mãe, seguido pelo do companheiro.

A pesquisa desenvolvida por Guimarães e Melo (2011) também estão de acordo com esses resultados. Nesse estudo foram investigadas as características do Apoio Social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda e seus resultados revelaram que a maior fonte de ajuda também veio a partir dos vínculos com o pai do recém-nascido e com a mãe da puérpera, indicando que as relações familiares constituem importante fonte de apoio proporcionando recursos necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus integrantes.

Os vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde também foram apontados como relevantes na nossa pesquisa, já que aparecem em segundo lugar em relação a quantidade. Dos 25 vínculos dispostos no quadrante Relações Comunitárias, 17 são de profissionais de saúde, dentre os quais 15 são profissionais do hospital. Os vínculos simbolizados da equipe de saúde foram referentes a técnicas de enfermagem, enfermeiras, pediatras, fonoaudióloga, psicólogas e assistentes sociais. Somente a Participante 5 não mencionou profissionais de saúde em sua rede de apoio.

Azevêdo e Crepaldi (2019) também utilizaram o MMR para investigação do enfrentamento e da Rede Social Significativa para familiares de crianças internadas com queimaduras, sendo a maioria das participantes mães. Foi verificado, assim como na nossa pesquisa, que os quadrantes referentes à equipe de saúde e família apresentaram maior número de pessoas, o que reforça a importância do suporte recebido através desses dois grupos para as famílias durante a situação de internação hospitalar.

Esses dados evidenciam a importância dos vínculos constituídos com a família, mas também com os profissionais de saúde, que passam a fornecer apoio a esse público durante a hospitalização e por isso são considerados componentes significativos na sua rede de apoio para o enfrentamento da situação de crise vivida. A presença dos profissionais de saúde nos MMRs das participantes indica como o cuidado dedicado à essas mulheres podem fazer diferença na sua percepção de Apoio Social.

Almeida *et al.* (2018), que desenvolveram uma pesquisa com as mães acompanhantes de bebês internados em UTIN, não somente prematuros, apontam que é de grande importância que os profissionais estendam a assistência para além do recém-nascido hospitalizado,

dedicando cuidado para a mãe, através de uma relação acolhedora e de confiança. Eles destacam ainda que é necessário perceber essas mulheres nas suas individualidades e não apenas como “uma mãe que acompanha o filho”, pois a mesma precisa de escuta sensível e de ser um sujeito ativo durante a hospitalização. Acreditamos que essa postura de acolhimento e apoio reforça a percepção das participantes como pertencentes a uma rede de suporte, o que estimula a percepção da sua capacidade de enfrentamento da problemática.

A Tabela 11 apresenta as informações quanto às funções e quantidade de vínculos de forma detalhada, reunindo todas as funções destacadas de acordo com cada quadrante de cada participante. Ao final, apresenta-se a totalidade das funções de acordo com esses vínculos.

Tabela 11 - Funções dos vínculos de acordo com os Quadrantes

Participantes	Funções / Quadrantes	Vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
Participante 1	Família	3	0	2	2	0	3	0
	Amizades	1	0	1	1	0	1	0
	Relações Comunitárias	5	0	4	1	0	1	3
	Relações de Trabalho ou de Estudos	1	0	0	0	0	1	1
Participante 2	Família	6	6	4	6	4	5	2
	Amizades	1	1	1	1	1	0	0
	Relações Comunitárias	7	1	5	7	4	5	0
	Relações de Trabalho ou de Estudos	0	0	0	0	0	0	0
Participante 3	Família	6	4	6	6	4	6	1
	Amizades	4	3	4	4	4	0	3
	Relações Comunitárias	3	2	1	3	0	0	0
	Relações de Trabalho ou de Estudos	0	0	0	0	0	0	0
Participante 4	Família	3	3	2	3	2	2	1
	Amizades	0	0	0	0	0	0	0
	Relações Comunitárias	4	0	4	1	2	3	0
	Relações de Trabalho ou de Estudos	1	1	1	1	1	1	0
Participante 5	Família	11	10	11	10	10	10	9
	Amizades	2	1	1	0	0	1	0
	Relações Comunitárias	3	2	1	0	0	1	0
	Relações de Trabalho ou de Estudos	0	0	0	0	0	0	0
Participante 6	Família	10	9	4	7	5	10	8
	Amizades	0	0	0	0	0	0	0
	Relações Comunitárias	3	1	2	1	1	2	3
	Relações de Trabalho ou de Estudos	1	1	1	0	0	1	1

Participantes	Funções / Quadrantes	Quantidade de vínculos	Companhia Social	Apoio Emocional	Guia Cognitivo e de Conselhos	Regulação ou Controle Social	Ajuda Material e de Serviços	Acesso a Novos Contatos
Total	Família	39	32	29	34	25	36	21
	Amizades	8	5	7	6	5	2	3
	Relações Comunitárias	25	6	17	13	7	12	6
	Relações de Trabalho ou de Estudos	3	2	2	1	1	3	2

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Identificamos que a função de Apoio Emocional (55) foi a mais relatada pelas participantes, estando em segundo lugar a de Guia Cognitivo e de Conselhos (54) e em terceiro a de Ajuda Material e de Serviços. (53) Em seguida vem a função de Companhia Social (45), depois a de Regulação ou Controle Social (38) e por último a de Acesso a Novos Contatos (32).

Os resultados da pesquisa de mestrado realizada por Maffei (2019), que investigou as Redes Sociais Significativas de gestantes de alto risco, corroboram com os nossos achados. A pesquisa mostra uma maior concentração de membros da família nos MMRs de suas participantes tendo sido destacado a função de Apoio Emocional como a principal função desempenhada pelos vínculos, o que também foi destacado na nossa pesquisa.

No que se refere aos vínculos familiares, que totalizaram 39, em sua maioria, desempenham mais tipos de funções em comparação com os demais vínculos, sendo a de Ajuda Material e de Serviços a função mais relatada. Em relação aos profissionais de saúde representados nos MMRs, que totalizaram 17 vínculos, a função mais sinalizada foi a de Apoio Emocional, o que revela que as funções da equipe de saúde vão além do fornecimento do serviço e da assistência técnica. Esse achado reforça mais uma vez que a postura empática, de acolhimento, de compreensão, fornecendo apoio aos sentimentos relatados e experienciados por essas mulheres fizeram diferença na vivência da problemática em que se encontram.

Lima *et al.* (2017) pesquisaram sobre as vivências de familiares de prematuros internados e suas conclusões corroboram com os nossos achados, pois eles apontam para a necessidade de um olhar direto ao atendimento neonatal, não apenas às necessidades psicobiológicas do bebê, mas especificamente às dimensões emocionais das famílias. Nesse momento de crise em que as famílias estão fragilizadas, a abertura às expressões das emoções e o consequente respeito e cuidado é primordial para uma prática que atenda as necessidades de todos os envolvidos.

Em relação a frequência dos contatos, que é um dos atributo dos vínculos, percebemos que a maior frequência acontece com os profissionais de saúde devido a hospitalização em que a mãe e o bebê se encontram. Esse dado está de acordo com o encontrado por Zanfolim, Cerchiari e Ganassin (2018) que pesquisaram sobre dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização dos seus bebês, e apontam que no período da internação as mães conviviam diariamente com os profissionais de saúde, que estavam mais próximos delas do que a família e os amigos.

Esse dado reforça a necessidade de empenho para que sejam estabelecidos vínculos de qualidade entre os profissionais de saúde e a mãe, de modo a fornecer o que realmente poderá auxiliar essas mulheres. Além disso, acreditamos ser importante pensar em estratégias

institucionais que possibilitem um contato com maior frequência com a família, pois este grupo apareceu com o maior número de vínculos nos MMRs porém, devido a hospitalização, com menor frequência de contato.

4.3.4 Considerações finais

Este estudo possibilitou compreender as Redes Sociais Significativas das mulheres mães de bebês prematuros internados, e além disso, saber quais as necessidades dessas mulheres e como fornecer apoio e ajudá-las, o que é de extrema importância para uma prática profissional ética, humanizada e de qualidade. Por isso acreditamos ser imprescindível a preparação das equipes das maternidades para fornecer o apoio adequado e assim, poder auxiliar nesse processo de sofrimento e dificuldade que a família enfrenta diante da internação de um bebê prematuro.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, o MMR, proposto por Carlos Sluzki, mostrou ser um instrumento rico e útil para o entendimento das Redes Sociais Significativas. Através dele foi possível ter uma visualização gráfica dos mapas, trazendo aprofundamento e sendo, assim, mais um recurso para análise, ampliando a compreensão do fenômeno.

Diante das evidências produzidas pelo nosso estudo, acreditamos ser necessário mais investimento na formação e no treinamento dos profissionais de saúde para o fornecimento de apoio adequado às mães de bebês prematuros, o que, como vimos, auxilia no enfrentamento da internação. E além disso, apontamos fundamental atenção na construção de estratégias que visem a diminuição da distância ou amenizem a separação dessas mulheres com seus vínculos familiares, os quais também são componentes importantes no enfrentamento da problemática apresentada.

4.3.5 Referências

ALMEIDA, C. R. *et al.* Cotidiano de mães acompanhantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1949-1956, jul. 2018.

AZEVÊDO, A.; CREPALDI, M. Enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças com queimaduras. **Academia Paulista De Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 171–182, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**, Manual Técnico. 2 ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CARTAXO, L. DA S. *et al.* Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 551–557, 2014.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, n. 38, p. 300-314, 1976.

EXEQUIEL, N. P. *et al.* Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Atual**, v. 88, n. 27, p. 1–9, 2019.

GONCALVES, T. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, mar. 2011.

GUIMARÃES, E.; MELO, E. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 54–61, 2011.

HAYAKAWA, L. *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 440–445, 2010.

IONIO, C. *et al.* Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. **Europe's journal of psychology**, n. 12(4), p. 604–621, nov. 2016.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S192–S207, 2014.

LIMA, V. F. *et al.* Experiences of Families of Premature Children in a Neonatal Intensive Therapy Unit. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1–8, 2017.

LIMA, S. **Maternidade prematura, Apoio Social e Necessidades de mães de neonatos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 130 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade federal do Rio Grande do Norte, 2020.

MAFFEI, B. **Dinâmica relacional das redes sociais significativas de gestantes de alto risco**. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Centro e Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, v. 22, n. 1, p. 216–237, 2019.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: Gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Revista Psicologia e Saúde**, p. 82–89, 2015.

MOLINA, R.; HIGARASHI, I.; MARCON, S. S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 60–67, 2014.

NUNES, N. P. *et al.* Método canguru: Percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 28, n. 3, p. 387–393, 2015.

PEREIRA, A. *et al.* Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S59–S70, 2014.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativas e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, p. 1–23, 2018.

SILVA, G. O método científico na Psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa. **Psicologia.com.Pt**. Jornal dos psicólogos, p. 1-10, nov. 2010.

SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZANFOLIM, L.; CERCHIARI, E.; GANASSIN, F. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 22–35, 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se propôs compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros internados em uma Maternidade, experiência esta repleta de dificuldades e desafios. Diante das análises dos dados e dos resultados apresentados, acreditamos que conseguimos atender esse objetivo, pois foi possível entender e caracterizar as dimensões do Apoio Social através dos relatos das participantes. As evidências confirmam que o Apoio Social desempenhou um importante papel no enfrentamento da internação e da prematuridade, bem como de todas as questões decorrentes dela, sendo um aliado diante de tantos medos e inseguranças.

Primeiramente, realizamos uma revisão integrativa de literatura sobre a temática, através de uma busca nos bancos de dados e um total de 23 artigos foram recuperados e analisados. Dentre eles somente 1 foi desenvolvido no Brasil e em relação à natureza da pesquisa, 17 corresponderam a pesquisas quantitativas, 4 qualitativas e 2 teóricos.

Percebemos, assim, a relevância dessa área em que tem se desenvolvido uma quantidade significativa de pesquisas internacionais, em sua maioria quantitativas, porém poucas no âmbito nacional. Além disso, os estudos revelaram que o Apoio Social desempenha um papel de manutenção da saúde mental das mães, sendo uma importante ferramenta no enfrentamento da experiência da internação. Notamos ainda uma diversidade de estudos apontando a equipe de saúde como fonte significativa de Apoio Social, fato este que corrobora com as evidências produzidas na nossa pesquisa.

A análise dos dados qualitativos, que se originaram das entrevistas realizadas, mostra que o Apoio Emocional, Material e Informacional foram considerados funções essenciais recebidas dos vínculos estabelecidos. O primeiro foi o mais relatado entre as participantes e diz respeito ao ato de estar ao lado, fornecer escuta, estar disponível, dar atenção, demonstrar interesse, cuidado e dedicar palavras de incentivo e confiança, o que contribuiu para que as mulheres tivessem a percepção de serem cuidadas, apoiadas e valorizadas. O Apoio Emocional impactou positivamente no humor das mães, na autoestima, na interação social dentro do hospital e também na disponibilidade de fornecer apoio pro filho internado.

Vale ressaltar que a equipe de saúde foi relatada como parte relevante na percepção do Apoio Emocional, as participantes relataram sentir proximidade com alguns profissionais que lhes passavam confiança, carinho e afeto. Além disso, foi identificado o papel importante para o Apoio Emocional das visitas familiares e dos laços criados com outras mães de bebês prematuros que estavam internadas na instituição.

O Apoio Material foi outra dimensão identificada como importante na percepção do Apoio Social, que é ligado à assistência prática como a realização de atividades concretas ou fornecimento de recursos materiais necessários. Essa função foi percebida através do recebimento de fraldas, roupas, utensílios para o bebê e dinheiro, além da prestação de serviço propriamente dita, aqui especificamente concedida pela equipe de saúde da Maternidade. Percebemos que a forma como esse cuidado, que faz parte das atribuições do trabalho, foi oferecido faz muita diferença para a percepção de Apoio Social. Além disso, como essas mulheres estão em situação de internação e longe dos familiares, percebemos que muitas vezes o recebimento de recursos materiais é uma forma possível de demonstração de cuidado e preocupação das pessoas que estão ao seu redor.

O Apoio Informacional também foi identificado como função relevante pelas participantes. As dificuldades decorrentes da internação puderam ser amenizadas com as informações e conselhos recebidos, sendo relatado a importância da equipe orientar sobre os cuidados do bebê, dar informações sobre o estado de saúde do bebê e sua evolução e estar disponível para repassar informações e tirar dúvidas, o que trouxe segurança para as mulheres participantes.

As entrevistas apontaram ainda que principais fontes de Apoio Social relatadas foram a Família e a Equipe de Saúde, o que reforça a importância desses dois núcleos de vínculos. Também foram identificadas falas referentes a falta de Apoio Social, o que impactou negativamente na vivência da internação. A violência, a postura crítica e de julgamento, o desrespeito sentido através de falas e atos descuidados contribuíram para o aumento da insegurança, incerteza, medo, culpa e tristeza nas participantes.

Quanto à investigação sobre a Rede Pública de saúde, percebemos que a UBS foi o serviço referência das participantes, com o qual têm mais contato. Porém foram relatadas também dificuldades em relação ao acesso do serviço. Encontramos aqui uma limitação da nossa pesquisa, pois acreditamos que seriam necessários mais dados para o aprofundamento desse tópico e análise da rede pública disponível no município de Manaus-AM.

A análise dos dados quantitativos referente ao MMRs realizada no terceiro artigo da nossa pesquisa possibilitou a produção de conhecimento sobre outros aspectos do Apoio Social, o que sem dúvidas enriqueceu nossa pesquisa. Acreditamos que o uso desse instrumento e a apresentação visual dos MMRs das participantes contribuiu pro aprofundamento da temática estudada, sendo por isso muito positivo.

Os resultados mostraram que a maioria dos vínculos significativos das participantes estão dispostos no quadrante Família e em seguida no quadrante Relações Comunitárias, que

inclui os Sistemas de Saúde e Agências Sociais, ou seja, os profissionais de saúde. Esse achado corrobora com o encontrado nas análises dos dados qualitativos da nossa pesquisa, produzidos pelas entrevistas semiestruturadas, em que as fontes de Apoio Social mais relatadas foram a família e os profissionais de saúde. Acreditamos que esse ponto demonstra a importância da preparação da equipe de saúde para o fornecimento de apoio adequado a esse público, além da criação de estratégias institucionais que possibilitem uma maior presença da família durante a internação, o que ajudará a diminuir a distância e amenizar a separação dos vínculos familiares sentida por essas mulheres.

Em relação às funções desempenhadas pelos vínculos representados nos MMRs, a função de Apoio Emocional foi a mais assinalada, o que também corrobora com os resultados da análise dos dados qualitativos realizada no segundo artigo da nossa pesquisa. Em relação aos vínculos familiares a função mais apontada foi a de Ajuda Material e de Serviço, enquanto em relação aos vínculos dos profissionais de saúde a função com maior destaque foi a de Apoio Emocional.

É interessante perceber que dentre tantas funções o Apoio Emocional foi o mais mencionado pelas participantes quando pensado nos profissionais de saúde. Esse fato provoca reflexões sobre as atribuições profissionais que são muito direcionadas às questões técnicas. Surgem, então, algumas indagações: os profissionais de saúde se veem como componentes da Rede Social Significativa das pessoas a quem fornecem cuidado? Eles têm conhecimento sobre o seu papel de Apoio Emocional? Eles entendem como o Apoio Social pode auxiliar na experiência de internação dos pacientes e acompanhantes? E sabem quais os seus impactos nas vidas dos usuários do seu serviço? Acreditamos que ainda temos muito o que caminhar nesse sentido.

Os resultados da nossa pesquisa apontam para a importância e necessidade de conscientização, preparação, formação e treinamento dos profissionais de saúde de modo a oferecer o apoio adequado às mães de bebês prematuros, entendendo e atendendo as suas necessidades. Acreditamos que por meio dessas estratégias é possível fornecer um atendimento humanizado, qualificado e adequado a essa população.

Nesse sentido, novas pesquisas podem ser realizadas para entender os impactos e benefícios do Apoio Social para outros públicos, a fim de trazer melhorias à sua assistência. Além disso, consideramos ser importante o desenvolvimento de investigações sobre a percepção dos pais dos bebês prematuros e demais familiares em relação ao Apoio Social.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.
- ALMEIDA, C. *et al.* Cotidiano de mães acompanhantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1949-1956, jul. 2018.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.; ALVARENGA, M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, ago. 2011.
- ASSIS, M.; JESUS, W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A. V. DOS S.; CREPALDI, M. A. Enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças com queimaduras. **Academia Paulista De Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 171-182, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BORTOLETTI, F. Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal. In: BORTOLETTI, F. *et al.* (Org.). **Psicologia na Prática Obstétrica**. 1º ed, Cap.3, p. 21-31. Barueri: Manole, 2007.
- BOZKUT, O. *et al.* Does maternal psychological distress affect neurodevelopmental outcomes of preterm infants at a gestational age of ≤ 32 weeks. **Early Human Development**, n. 104, p. 27-31, jan. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**, Manual Técnico. 2 ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 4 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da

criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Assistência ao Recém-nascido**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 28 jun. 2021.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CABEÇA, L. P. F.; DE SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 37–50, 2017.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, mai 2012.

CARTAXO, L. DA S. *et al.* Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 551–557, 2014.

CARTY, C. *et al.* The Giving Parents Support Study: a randomized clinical trial of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. **Contemporary Clinical Trials**, n. 70, p. 117-134, jul. 2018.

CHERRY, A. *et al.* The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. **Int J Womens Health**, n. 8, p. 233-242, jun. 2016.

CHIATTONE, H. Assistência Psicológica de Urgência. In: BORTOLETTI, Fátima Ferreira *et al.* (Org.). **Psicologia na Prática Obstétrica**. 1º ed, Cap.7, p. 52-60. Barueri: Manole, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, n. 38, p. 300-314, 1976.

COSTA, R. *et al.* Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso num centro de referência nacional do Método Canguru. **Holos**, v. 3, p. 404-414, jun. 2015.

DANTAS, M. *et al.* Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Act. Colom. Psicol.**, v. 18, n. 2, p. 129-138, jul. 2015.

DANTAS, M. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 90–106, 2012.

EL- AOUAR, I. **Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru.** 276 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

EUTROPE, J. *et al.* Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. **Plos One**, v. 9(8), p. 1-7, ago. 2014.

EXEQUIEL, N. P. *et. al.* Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Atual**, v. 88, n. 27, p. 1–9, 2019.

FAVARATO, Maria Elenita Corrêa de Sampaio; GAGLIANI, Maira Luciana. Atuação do Psicólogo em Unidades Infantis. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais.** 2º ed, Cap. 4, p. 75-115. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FERRARI, A.; DONELLI, T. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, dez. 2010.

FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, jul. 2002.

FRIGO, J. *et al.* Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 58–68, 2015.

GATTA, M. *et al.* A Psychological Perspective on Preterm Children: The Influence of Contextual Factors on Quality of Family Interactions. **BioMed Research International**, n. 2017, p. 1-10, out. 2017.

GERSTEIN, E.; POHLMANN-TYNAN, J.; CLARK, R. Mother-Child Interactions in the NICU: Relevance and Implications for Later Parenting. **J. Pediatr. Psychol.**, n. 40 (1), p. 33-44, ago. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, T. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, mar. 2011.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 54–61, 2011.

GUTIERREZ, D.; MASCARENHAS, S.; LEÓN, G. **A Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky**: Implicações psicopedagógicas. Manaus: Edua, 2015.

GRANERO-MOLINA, J. *et al.* Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. **Journal of Pediatric Nursing**, n. 45, p. 1-7, dez. 2018.

GREENE, M. *et al.* Parental perception of child vulnerability among mothers of very low birth weight infants: psychological predictors and neurodevelopmental sequel at 2 years. **Journal of perinatology**, n. 37(4), p. 454-460, out. 2017.

HAYAKAWA, L. *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 440–445, 2010.

HOWARD, L. M. *et al.* (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 10(5), mai. 2013.

HORWITZ, S. *et al.* A Model for the Development of Mother's Perceived Vulnerability of Preterm Infants. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, n. 36(5), p. 371–380, jun. 2015.

IONIO, C. *et al.* Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. **Europe's journal of psychology**, n. 12(4), p. 604–621, nov. 2016.

IVIC ,I. **Lev Semionovich Vygotsky**. 1. ed. Recife: Editora Massangana, 2010.

KIM, H. *et al.* Use of Social Media by Fathers os Premature Infants. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, v. 30 (4), p. 359-366, out. 2016.

KOLIOULI, F.; GAUDRON, C.; RAYNAUD, J. Stress, Coping and Post-traumatic Stress Disorder of French Fathers of Premature Infants. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 16 (3), p. 110-114, ago. 2016.

KOLIOULI, F.; GAUDRON, C.; RAYNAUD, J. Life experiences of French premature fathers: A qualitative study. **Journal of Neonatal Nursing**, n. 22(5), p. 244–249. Mai 2016.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S192–S207, 2014.

LEÃO, L. **Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência**: uma condição de dupla imaturidade. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LIMA, V. F. *et al.* Experiences of Families of Premature Children in a Neonatal Intensive Therapy Unit. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1–8, 2017.

LIMA, S. **Maternidade prematura, Apoio Social e Necessidades de mães de neonatos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 130 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade federal do Rio Grande do Norte, 2020.

LUCCI, M. A. A proposta de Vigotsky: a Psicologia sócio-histórica. **Revista de curriculum y formación del profesorado**, n. 10 (2), p. 1-11, dez. 2006.

MACEDO, J. P. *et al.* A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 258-278, fev. 2018.

MAFFEI, B. **Dinâmica relacional das redes sociais significativas de gestantes de alto risco**. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Centro e Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, v. 22, n. 1, p. 216–237, 2019.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Revista Psicologia e Saúde**, p. 82–89, 2015.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020.

MCDONALD, S. *et al.* Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. **Arch. Womens Ment Health**, n. 17 (6), p. 559-568, dez, 2014.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Métodos quantitativos e qualitativos: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993.

MOLINA, R. C. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 60–67, 2014.

MOUSAVI, S. *et al.* The Needs os Parents of Preterm Infants in Iran and a Comparison with those in other countries: a systematic review and meta-analysis. **Iran J. Pediatric.**, n. 26 (5), p. 1-18, jun 2016.

- NASCIMENTO, A. *et al.* Redes Sociais de Apoio as famílias de prematuros que vivenciam a hospitalização: Um estudo Transcultural. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 37, p. 1-9, 2019.
- NCUBE, R.; BARLOW, H.; MAYERS, P. A life uncertain – My baby’s vulnerability: Mothers’ lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. **Curations**, n. 39(1), p. 1-9, ago. 2016.
- NERI, A.; VIEIRA, L. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n. 16(3), p. 419-432, 2013.
- NERI, E. *et al.* Preterm infant development, maternal distress and sensitivity: the influence on severity of birth weight. **Early Human Development**, v. 106-107, p. 19-24, fev. 2017.
- NIE, C. *et al.* The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China. **Health and Quality of Life Outcomes**, n. 15 (26), p. 1-10, jan. 2017.
- NIELA-VILÉN, H. *et al.* Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. **Maternal & Child Nutrition**, n. 11(4), p. 712–726, out. 2015.
- NÓBREGA, V. *et al.* As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 429–440, 2019.
- NUNES, N. P. *et al.* Método canguru: Percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 28, n. 3, p. 387-393, 2015.
- OLIVEIRA, N. *et al.* Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: um estudo baseado nos registros das capitais brasileiras. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1–20, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Survive and Thrive: Transforming care for every small and sick newborn. Key findings.** Geneva, 2018.
- PEREIRA, A. *et al.* Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S59–S70, 2014.
- PERRICONE, G. *et al.* Coping and parental role competence of mothers of preterm infant. **Minerva Pediatrics**, n. 66 (3), p. 177-186, jun. 2016.
- PROETTI, S. As pesquisas qualitativas e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, p. 1–23, 2018.
- QUEIROZ, N. **Vivência da Homofobia no período escolar: Significações na idade adulta.** 2018. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2018.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”:** dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Senado Federal, Brasília, 2012.

- ROLIM, K. *et al.* Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 42–46, 2016.
- RUSSEL, G. *et al.* Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. **BMC Pediatrics**, n. 13 (14), p. 1-10, set. 2014.
- SANGUESA, P.; FARKAS, C.; ROCHET, P. The relationship between maternal representations and interactive behaviour with the mother's emotional state, perceived social support and the infant's risk level in a group of premature babies. **Estudios de Psicología**, n. 35(1), p. 80-103, abr. 2014.
- SANTOS, D.; TEIXEIRA, E. Vínculo mãe-bebê no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 8–19, 2017.
- SCARABEL, C. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica.** 2011. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SILVA, G. C. R. F. O método científico na Psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa. **Psicologia.com.Pt.** Jornal dos psicólogos, p. 1-10, nov. 2010.
- SIMIONI, A.; GEIB, L. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 61(5), p. 645-651, 2008.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOUSA, A.; SILVER, L.; Griep, R. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 23(5), p. 625-631, 2010.
- SOUZA, J. *et al.* Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 594-600, dez. 2013.
- SOUZA V.; ANDRADA, P. Contribuições de Vygotsky para a compreensão do psiquismo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 30(3), p. 355-365, jul. 2013.
- STRAPASSON, M.; NEDEL, M. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521–528, 2010.
- SUTTORA, C.; SPINELLI, M.; MONZANI, D. From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. **European Journal of Developmental Psychology**, n. 11, p. 478-493, dez. 2014.

TREYVAUD, K. *et al.* Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. **The Journal of Pediatrics**, n. 164(3), p. 515–521. doi:10.1016/j.jpeds.2013.11.001

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VAZQUEZ, V.; CONG, X. Parenting the NICU infant: a meta-ethnographic synthesis. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 1, p. 281-290, set. 2014.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Pontes, 2007.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas III**: problemas del desarrollo de la psique. Madrid: Visor, 1995.

VYGOTSKY, L. S. Lev S. Vigotski: manuscrito de 1929. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 71, p. 21-44, jul. 2000.

WADO, Y.; AFEWORK, M.; HINDIN, M.; Effects of maternal pregnancy intention, depressive symptoms and social support on risk of low birth weight: a prospective study from southwestern Ethiopia. **Plos One**, n. 9 (5), p. 1-7, mai. 2014.

WU, C.; HUNG, C.; CHANG, Y. Predictors of Health Status in Mothers of Premature Infants with Implications for Clinical Practice and Future Research. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, n. 12(4), p. 217–227, jul. 2015.

ZANFOLIM, L.; CERCHIARI, E.; GANASSIN, F. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 22–35, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL”</p>	
LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Identificação	
Nome:	
Endereço:	
Telefone:	
Naturalidade:	
Data de nascimento:	Idade:
Estado Civil: () Solteira () Casada () União Estável () Separada	
Escolaridade: () Ens. Superior () Ens. Médio () Ens. Fundamental Modo: () Completo () Incompleto	
Profissão:	Situação: () Empregada () Desempregada () Autônoma () Outros
Raça/Etnia: () Branca () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena () Outros () Não deseja declarar	
Religião: () Não possui () Católica () Evangélica () Matriz Africana () Outros	
Informações socio-econômicas e familiares	
Total de membros na residência:	
Parentescos:	
Nº de filhos:	Quais as idades?
Quantos residem na casa?	Os que não residem, onde moram?
Número de membros que trabalham:	
Renda média familiar: () Sem renda fixa () Menos de 1 SM () 1 SM () Mais de 1 SM () Mais de 2 SM	
Informações da Gestação e Pré-Natal	
Pré-natal: () Sim () Não	Quantidade de consultas: Nº de Semanas: Nº de Gestações:
Gestação Planejada? () Sim () Não	
Histórico da Internação	
Data do parto:	Peso ao Nascer:
Tipo de Procedimento: () Parto Normal () Parto Cesariano	Semanas de Gestação:
Sexo do bebê: () Feminino () Masculino	Local de internação:
Validação	
Data e Local da Entrevista:	Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS EM
UNIDADE NEONATAL”

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Gostaria que você me relatasse como tem sido a experiência de ser mãe de um bebê prematuro.
2. Como você tem vivenciado a internação do seu filho em uma Unidade Neonatal?
3. Como o apoio e a ajuda que você recebe e percebe das pessoas a sua volta tem auxiliado você nesse momento?
4. Qual a importância desse tipo de apoio pra você?
5. Quais são as pessoas que você pode contar? E como elas ajudam você?
6. Tem alguém que atrapalha? Por quê?
7. Você tem alguma situação de exemplo que poderia relatar?
8. Quais os locais públicos de atendimento à saúde que você tem acesso?
9. Como foi seu acompanhamento, durante a gestação até agora, nos serviços de saúde? Por quais locais você passou?

APÊNDICE C – QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS
EM UNIDADE NEONATAL”**

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

Nº	IDENTIFICAÇÃO
FUNÇÕES	
()	Companhia social
()	Apoio emocional
()	Guia cognitivo e de conselhos
()	Regulação ou controle social
()	Ajuda material e de serviços
()	Acesso a novos contatos

APÊNDICE D – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS
EM UNIDADE NEONATAL”

QUESTÕES COMPLEMENTARES AO MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR)

Estrutura

1. Densidade - Dentre essas pessoas, quais delas fazem parte do mesmo grupo e tem contato entre si?
2. Homogeneidade ou heterogeneidade demográfica cultural – Qual a idade aproximada, sexo e nível socioeconômico dessas pessoas?

Atributo dos vínculos

3. Reciprocidade – Quais dessas funções você acredita que também desempenha pra essa pessoa?
4. Frequência dos contatos – Qual a frequência que você tem contato com essa pessoa?
5. História da relação – Desde quando vocês se conhecem? Como se conheceram?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS
INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Baseado nas diretrizes contidas na resolução CNS nº466/2012, MS.

Prezada Senhora,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**A importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal**”. Você está sendo convidado(a), porém a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

DA PESQUISA: Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal de uma maternidade do município de Manaus-AM, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Eduarda de Oliveira Gouveia Graça (RG 3771372-8) e orientação da Prof.^a. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez (RG 10255464).

PROCEDIMENTOS: O participante responderá três instrumentos: (a) levantamento de dados sociodemográficos contendo perguntas sobre informações gerais (sexo, idade, ocupação, dados familiares, etc.); (b) uma entrevista semiestruturada contendo perguntas sobre a experiência da maternidade na prematuridade e o Apoio Social; (c) e o Mapa Mínimo de Relações (MMR), para realização da representação gráfica da Rede Social Significativa.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que esperamos com o estudo são: (a) as participantes da pesquisa terão acesso a uma escuta ativa, que possibilita o fortalecimento psíquico e emocional diante da situação vivida e contribui para a ressignificação desse momento singular em que elas estão passando; (b) o resultado dessa pesquisa poderá subsidiar estratégias de acompanhamento a esses grupos específicos, bem como a reflexão e possíveis melhorias das políticas públicas direcionadas a essa população. Ou seja, sua participação gerará conhecimento que permitirá a discussão na formulação de diretrizes para melhoria dos serviços de saúde, podendo posteriormente ser utilizado no aprimoramento da qualidade de vida de outras pessoas, assim como do próprio participante e do grupo do qual faz parte.

RISCOS: De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de entrevista, eventualmente poderá ocorrer algum constrangimento ou desconforto por parte do entrevistado. É possível que aconteçam os seguintes riscos: mobilização de afetos e emoções dolorosas, decorrente de alguma fragilidade emocional ou desconforto por evocação de memórias, no entanto o(a) participante pode interromper o procedimento momentaneamente ou pedir para finalizá-lo em qualquer momento. Para tanto, caso ocorra constrangimento ou desconforto durante a sua participação neste estudo, o pesquisador suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, o participante poderá ser, posteriormente, encaminhado(a) para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM.

IDENIZAÇÃO (quando houver): No caso de qualquer tipo de dano relacionado ao participante da pesquisa, seja ele físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, a instituição responsável garantirá a indenização ao participante, com cobertura a

qualquer dano imediato ou tardio conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA: Todos os participantes envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Quaisquer perguntas sobre a metodologia utilizada no projeto ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão disponibilizadas.

LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO: A permissão para participar do projeto é voluntária. Portanto, os participantes estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização.

DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: O participante desta pesquisa participa como voluntário e está dispensado de qualquer despesa ou ressarcimento decorrente da pesquisa. A pesquisa ocorrerá no local onde as participantes estarão acompanhando seus filhos prematuros internados, na Maternidade Azilda da Silva Marreiro, por isso não será gerado custo para deslocamento.

EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE: Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, sem que haja identificação dos participantes que prestaram sua contribuição, respeitando, assim, a privacidade dos participantes conforme rege as normas éticas.

ENDEREÇO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS PELO PROJETO:
Pesquisador: Maria Eduarda de Oliveira Gouveia Graça. Endereço: Av. André Araújo, 870, Aleixo, Manaus – Amazonas. CEP 69060-000. Tel.: (92) 98214-0817. E-mail: meduardagouveia@hotmail.com. **Orientadora:** Denise Machado Duran Gutierrez. Endereço: Av. André Araújo, 2936, Aleixo, CEP 69060-001 Manaus – Amazonas. Tel.: (92) 99984-7127

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM: Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07, sob o endereço: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM. Telefone: 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Eu, _____, considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



Impressão Digital

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da professora orientadora

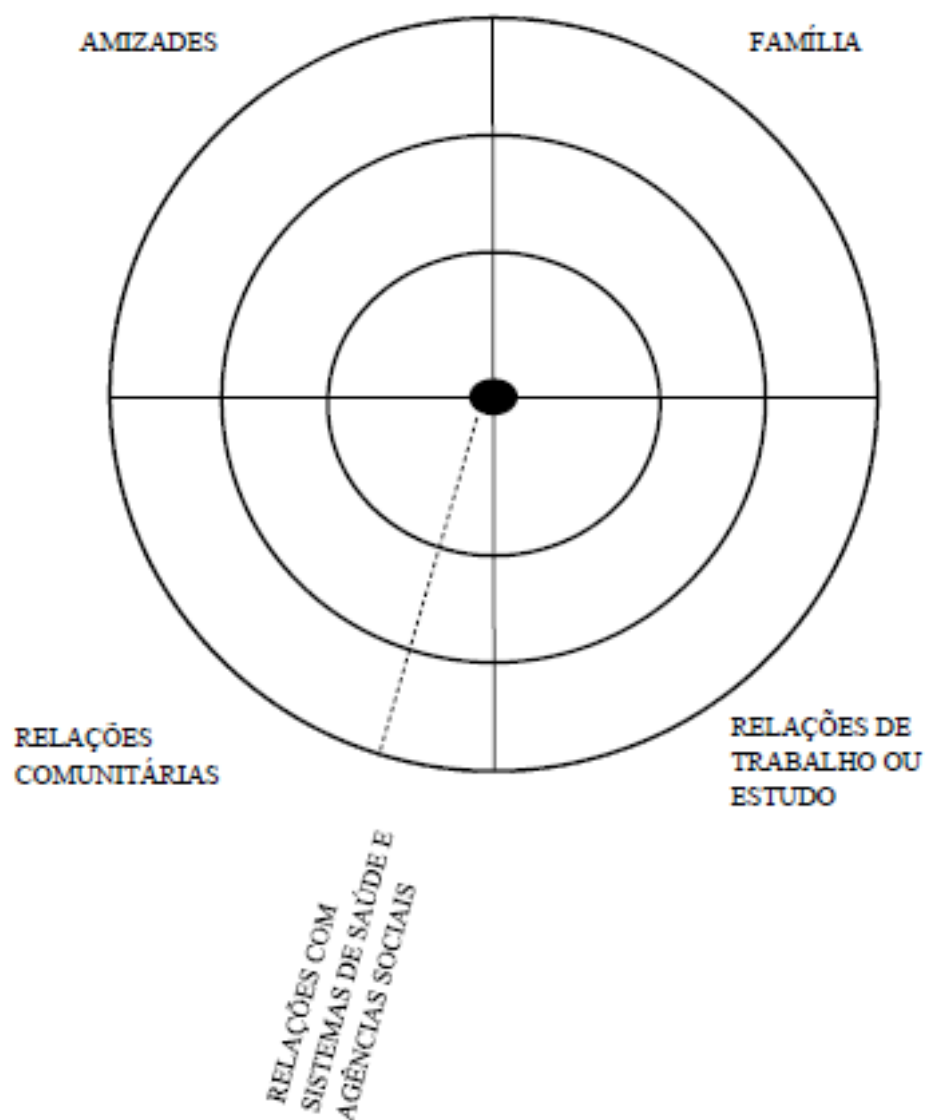
ANEXOS

ANEXO I - MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR)




UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS EM
UNIDADE NEONATAL”

MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR)



ANEXO II – LEGENDA DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS

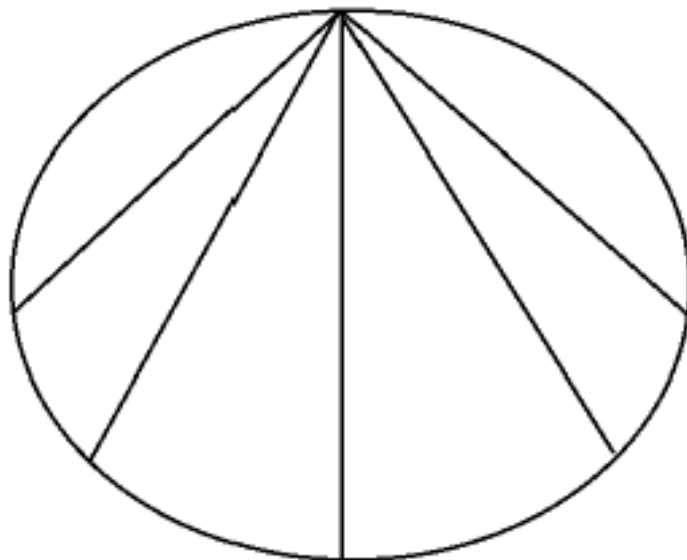


UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
PESQUISA: “A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL PARA
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS INTERNADOS EM
UNIDADE NEONATAL”


LEGENDA DE FUNÇÕES DE VÍNCULOS

Função de Vínculo	Definição
Companhia Social	Realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos.
Apoio emocional	Intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro.
Guia cognitivo e de conselhos	Interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis.
Regulação ou controle social	Interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência, e favorecem a resolução de conflitos.
Ajuda material e de serviços	Colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde.
Acesso a novos contatos	Abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo.

Fonte: Sluzki, 1997.

ANEXO III – OSTRA DE CORES

Fonte: Queiroz, 2018.

ANEXO IV – TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA

Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Faculdade de Psicologia
Centro de Serviços de Psicologia Aplicada

**TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada “A importância do apoio social para mulheres mães de recém-nascidos pré-**termos, internados em Unidade Neonatal**”, sob a orientação da Prof. Dr. Denise Machado Durán Gutierrez, a ser desenvolvida pela mestranda **Maria Eduarda de Oliveira Gouveia Graça**, em projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).


Manaus, 21 de maio de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Faculdade de Psicologia
.....
Prof. Dra. Lidia Ferraz
Coordenadora

Prof. Dr. Lidia Ferraz
Coordenadora Programa-CSPA

CENTRO DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA APLICADA – CSPA
Endereço eletrônico: cspapsicologiaufam@gmail.com Telefone: 3305-1181 Ramal 2581

ANEXO V – TERMO DE ANUÊNCIA DO LOCAL DA PESQUISA



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS


CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos que a pesquisadora **Maria Eduarda de Oliveira Gouveia Graça** desenvolva a pesquisa intitulada “**A importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal**”, sob a orientação da Prof. Dr. Denise Machado Duran Gutierrez, na Maternidade Azilda da Silva Marreiro.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Manaus, em 27 / 05 / 19




Juliana Evangelista de Oliveira
MAT. AZILDA DAS S. MARREIRO
Diretora Geral

JULIANA EVANGELISTA DE OLIVEIRA
Diretora Geral da Maternidade Azilda da Silva Marreiro

Rua Samaúma, s/n°
Conjunto Galiléia
Bairro – Monte das Oliveiras
CEP: 69.093-132 – Manaus – Am
e-mail: mat_amarreiro@saude.am.gov.br
Fones: (92) 3643-5500

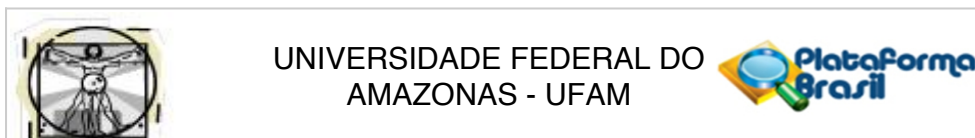
SUSAM
Secretaria de
Estado da Saúde

MASM
Maternidade Azilda da Silva Marreiro
Hospital amigo da Criança”



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO VI – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal

Pesquisador: MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15979619.2.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.421.202

Apresentação do Projeto:

O elevado índice de neonatos de baixo peso ao nascimento no Brasil constitui um sério problema de saúde pública. Está relacionado a um alto percentual de mortalidade neonatal, sendo um assunto amplamente estudado e foco de ações do Ministério da Saúde. A gestação e o puerpério são períodos marcantes para a mulher, que envolvem transformações, com mudanças hormonais, físicas, emocionais e até psíquicas. Quando nesse processo é acrescido um parto prematuro e a necessidade de internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal, a experiência pode tornar-se traumática e desencadear uma crise para os pacientes, pais e familiares. Nesse contexto, o Apoio Social pode ser considerado fator importante que influencia a vivência das mulheres mães de recém-nascidos prematuros, sendo assim relevante uma investigação sobre este tema. Dessa forma, esta pesquisa objetiva compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal de uma maternidade do município de Manaus-AM. De forma específica, pretende-se identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para essas mulheres e seu impacto na vivência diante da problemática apresentada, caracterizar a Rede Social Significativa dessa população em termos de suas dimensões constitutivas e descrever a rede pública de saúde direcionada a essas mulheres em comparação com a rede descrita e conhecida por elas. Para isto, será utilizado o viés qualitativo de pesquisa, com abordagem sócio-histórica, onde serão realizados levantamentos de dados sócio-demográficos, entrevistas semiestruturadas e a construção do Mapa Mínimo de Relações

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

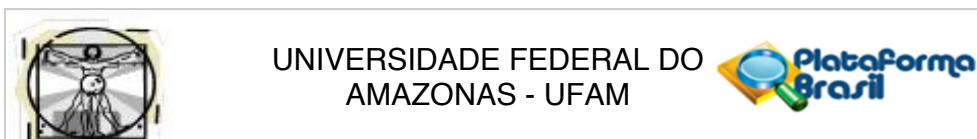
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.421.202

(MMR) com as participantes. Posteriormente, os dados serão submetidos à análise segundo a teoria da Análise de Conteúdo, seguindo a modalidade categorial temática. Espera-se que, os resultados da pesquisa contribuam para o entendimento e dimensionamento da importância do Apoio Social para as mulheres e sua influência na vivência da situação vivida, além de trazer impacto para as práticas profissionais e políticas públicas destinadas a esse público.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal de uma maternidade do município de Manaus-AM.

Objetivos Secundários:

- Identificar as dimensões do Apoio Social de maior relevância para essas mulheres e seu impacto na vivência diante da problemática apresentada;
- Caracterizar a Rede Social Significativa dessa população em termos de suas dimensões constitutivas (características estruturais, funções e atributo dos vínculos);
- Descrever a rede pública de saúde direcionada a essas mulheres em comparação com a rede descrita e conhecida por elas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de questionário e entrevista, eventualmente poderá ocorrer algum constrangimento ou desconforto por parte do entrevistado. É possível que aconteçam os seguintes riscos: mobilização de afetos e emoções dolorosas, decorrente de alguma fragilidade emocional ou desconforto por evocação de memórias, no entanto o(a) participante pode interromper o procedimento momentaneamente ou pedir para finalizá-lo em qualquer momento. Para tanto, caso ocorra constrangimento ou desconforto durante a sua participação neste estudo, o pesquisador suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

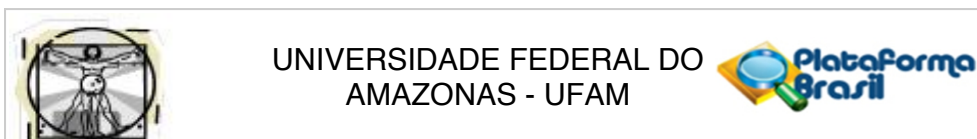
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.421.202

prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, o participante poderá ser, posteriormente, encaminhado(a) para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, cuja Carta de Anuência encontra-se em Anexo. A pesquisadora se responsabilizará em indenizar os participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e, que jamais será exigido dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano, conforme Resoluções 466 de 2012 e 510 de 2016.

Benefícios:

As participantes da pesquisa terão acesso a uma escuta ativa, que possibilita o fortalecimento psíquico e emocional diante da situação vivida e contribui para a ressignificação desse momento singular em que elas estão passando. Além disso, o resultado dessa pesquisa poderá subsidiar estratégias de acompanhamento a esses grupos específicos, bem como a reflexão e possíveis melhorias das políticas públicas direcionadas a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo em primeira submissão em nível de Mestrado, a ser desenvolvido pela discente do PPGPSI-FAPSI-UFAM Maria Eduarda Graça, sob a orientação da Prof^a Dr^a Denise Gutierrez, consubstanciado na qualitativa de pesquisa e teoria sócio-histórica. A pesquisa busca compreender a importância do Apoio Social para mulheres mães de recém-nascidos pré-termos internados em Unidade Neonatal de uma maternidade do município de Manaus-AM.

As participantes serão mulheres que tenham filhos pré-termos, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação e estejam há mais de 72 horas em situação de internação em Unidade Neonatal de uma maternidade da cidade de Manaus-AM. Pretende-se entrevistar, durante o estudo, 10 mulheres. O local de desenvolvimento da pesquisa será a Maternidade Azilda da Silva Marreiro (MASM), localizada na zona norte do município de Manaus – AM. Para coleta de dados será realizado primeiramente um levantamento de dados sociodemográficos, para caracterização do perfil da população participante. Nessa entrevista serão colhidas informações como idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia, religião e informações socioeconômicas e familiares. Serão registradas, ainda, informações em relação à gestação e ao pré-natal e sobre o histórico de internação.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

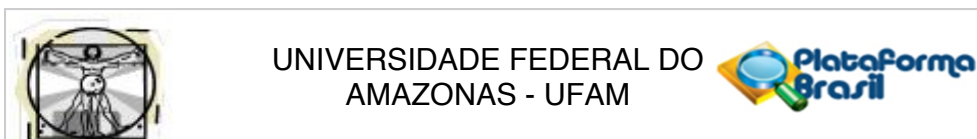
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.421.202

Em seguida, uma entrevista semiestruturada para coleta de dados qualitativos com vistas a dar ênfase no caráter subjetivo do que for expresso pelas participantes, com perguntas baseadas nos objetivos da pesquisa. A seguir, será utilizado o instrumento Mapa Mínimo de Relações – MMR, proposto por Sluzki (1997), que será impresso e construído juntamente com a participante, onde ela irá localizar as suas relações no mapa, identificá-las e em seguida, atribuir as funções de cada vínculo.

Além disso, serão realizadas algumas perguntas em relação ao MMR produzido para colher informações qualitativas dos vínculos explicitados, o que garantirá a qualidade da interpretação do instrumento posteriormente. Para isso, foi elaborado o roteiro Questões Complementares ao MMR, de acordo com as orientações dadas por Sluzki (1997) para avaliação da Rede Social Significativa.

Pretende-se realizar o procedimento de coleta de dados com 10 participantes, porém esse número pode aumentar ou diminuir de acordo com o critério de saturação, que propõe a finalização da coleta de dados quando os dados obtidos passam a apresentar, segundo a avaliação do pesquisador, uma certa repetição ou redundância, não sendo mais, desse modo, relevante continuar incluindo novas informações. Dessa forma, a saturação orienta a suspensão da inclusão de novos participantes quando as informações fornecidas pouco acrescentam o material já obtido e não trazem novas contribuições significativas para o aperfeiçoamento da reflexão teórica a que a pesquisa propõe.

Para o tratamento dos dados será realizada análise de conteúdo, prevista em três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Folha de rosto: Apresentada e adequada, assinada pela Coordenação do PPGPSI-FAPSI;
- 2.Termo de anuência: Apresentados e adequados (CSPA e MASM);
- 3.TCLE: Apresentado e adequado;
- 4.Instrumentos de coleta de dados: Apresentados e adequados;
- 5.Critérios de inclusão e exclusão: Apresentados e adequados;
- 6.Riscos e benefícios: Apresentados e adequados;
- 7.Cronograma: Apresentado e adequado;
- 8.Orçamento: Apresentado e adequado, no valor de RS 214,80 (recursos próprios).

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

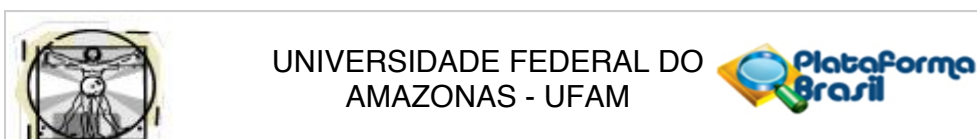
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.421.202

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que os critérios estabelecidos pelas Res. 466 de 2012 e 510 de 2016, bem como a inexistência de óbices, o projeto está apto para execução conforme cronograma proposto, após emissão e publicização final de parecer deste CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1377578.pdf	20/06/2019 18:22:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	20/06/2019 18:18:41	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/06/2019 18:17:59	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/06/2019 18:14:46	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	QUESTOES_COMPLEMENTARES_MM R.pdf	20/06/2019 18:13:59	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	LEGENDA_FUNCAO_DE_VINCULOS.pdf	20/06/2019 18:13:12	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	IDENTIFICACAO_FUNCAO_DE_VINCULOS.pdf	20/06/2019 18:12:48	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	Mapa_Minimo_de_Relacoes.pdf	20/06/2019 18:11:14	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	20/06/2019 18:10:13	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	LEVANTAMENTO_DADOS_DEMOGRAFICOS.pdf	20/06/2019 18:09:49	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	LattesMariaEduarda.pdf	20/06/2019 18:08:13	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	Curriculo_professora_Denise_Gutierrez.pdf	20/06/2019 18:07:37	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

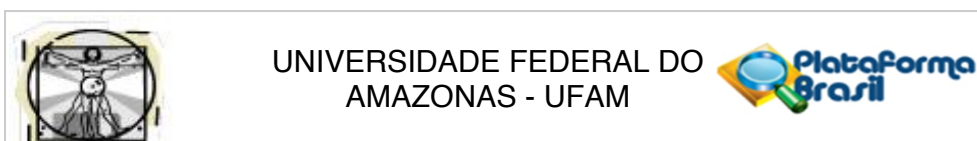
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.421.202

Outros	Curriculo_professora_Denise_Gutierrez.pdf	20/06/2019 18:07:37	GOUVEIA GRACA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2019 18:06:26	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/06/2019 18:05:25	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	Anuencia_CSPA_UFAM.pdf	18/06/2019 16:57:00	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito
Outros	Anuencia_MASM.pdf	18/06/2019 16:56:43	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA GOUVEIA GRACA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 27 de Junho de 2019

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com