



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE PREMATUROS
HOSPITALIZADOS E O CUIDAR MATERNO**

SUMAYA MEDEIROS BOTÊLHO

**JEQUIÉ - BAHIA
2011**

SUMAYA MEDEIROS BOTÊLHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE PREMATUROS
HOSPITALIZADOS E O CUIDAR MATERNO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela

**JEQUIÉ - BAHIA
2011**

B764 Botêlho, Sumaya Medeiros.
Representações sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno/Sumaya Medeiros Botêlho.- Jequié, UESB, 2011.
132 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Enfermagem e Saúde)- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientadora Prof^a. Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.

1. Prematuros hospitalizados – Cuidar materno 2. Prematuros – Cuidados domiciliares I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 618.9201

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sumaya Medeiros Botêlho. **Representações Sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno.** 2011. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

PROF^a. DR^a ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Doutora em Enfermagem.

Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

PROF^a. DR^a. CLIMENE LAURA DE CAMARGO

Doutora em Enfermagem.

Professora da Universidade Federal da Bahia.

DR^a. SHEVA MAIA NÓBREGA

Doutora em Psicologia Social pela Ecole dês Hautes.

Etudes em Sciences Sociales.

Jequié/BA, 01 de Dezembro de 2011.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e meus irmãos com muito amor e carinho...

À minha avó Rita com eterna saudade...

Agradecimentos

Agradeço a **DEUS**, pela vida e por me permitir a realização de mais uma conquista. Obrigada Senhor pela condução em todos os momentos da minha caminhada.

À minha avó **Rita** (*in memoriam*), pelas orações diárias que realizava por mim. Agradeço-te por tudo vovó, estarás para sempre no meu coração! Saudade eterna!!!

Aos meus pais, **Mario** e **Marluce**, pelo amor incondicional e apoio em todas as minhas escolhas. Obrigada por acreditarem em mim, sem a ajuda de vocês eu não teria conseguido! Amo vocês!!!

Aos meus irmãos, **Arilano** e **Ariane**, exemplos de força e determinação. Obrigada pela compreensão nos momentos de maiores dificuldades. Amo vocês também!

Aos meus sobrinhos, **Ícaro** e **Guilherme**, e meu afilhado, **Enzo**, pois, mesmo sendo crianças, compreendiam a minha ausência e me passavam conforto nos momentos de maior ansiedade. Vocês são meus amores!

À minha cunhada **Mariza** e meu cunhado **Thiago** pelo carinho e ajuda de sempre.

À toda minha família, **Medeiros** e **Botelho**, em especial a minha avó **Ana**, à tio **Cauby**, às minhas tias **Rita** e **Laize**, pelo apoio contínuo. Também às minhas queridas primas-irmãs **Juliana**, **Rebeca**, **Jamile** e **Indira** pelo companheirismo frequente. Mesmo longe de mim, vocês estão sempre presentes no meu coração.

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Rita Boery**, pela disponibilidade e paciência durante todos os nossos encontros. Agradeço por conduzir esse trabalho, aceitar minhas opiniões e pelo incentivo nos momentos de desânimo.

À minha co-orientadora, **Prof^a. Dr^a. Alba Vilela**, por ter aceitado o convite dessa co-orientação, me proporcionando estudar a Teoria das Representações Sociais e me guiando na concretização desse estudo. Obrigada pela ajuda, força e compreensão contínua.

A todos os colegas da turma, por serem pessoas especiais e acolhedoras. Em especial a **Vivian**, que se tornou minha amiga durante o Mestrado. Com você dividi todas as minhas inquietações, alegrias, tristezas e reflexões. Agradeço por tudo amiga, inclusive por me acolher diversas vezes em sua casa, juntamente com Luciano e a pequena Marina. Vocês são pessoas maravilhosas!

À **Juli**, que também se tornou uma grande amiga, me deixando a vontade para repartir todos os meus anseios. Só tenho a agradecer a Deus por ter colocado pessoas como você no meu caminho. Obrigada pelos momentos proporcionados!

À **Tati**, que no dia do resultado da seleção do mestrado dividimos lágrimas de alegria e

hoje compartilhamos a sensação do dever cumprido. Obrigada pelo apoio e ajuda de sempre amiga!

Em especial também a **Claudio** e **Thaís**, pela ajuda e companheirismo durante todo esse período. Apesar de já conhecê-los, a convivência nas aulas só fez com que nossa amizade fosse fortalecida. Só tenho a dizer obrigado!

Às amigas **Nice** e **Camila Amorim**, sempre disponíveis, por me auxiliarem desde a construção do projeto até a finalização da dissertação. Vocês foram fundamentais na consolidação desse estudo! Serei eternamente grata!

Às amigas: **Adriana, Verônica, Camila Brito, Luciana Fernandes, Marília, Dayane, Elvira, Paola, Lana, Juliana Oliveira** e **Lienara** pela torcida organizada. Obrigada pelo suporte e incentivo de sempre. Saber que vocês acreditam em mim só me faz crescer a cada dia.

À **Ritinha**, uma amiga especial, que sempre soube compreender minha ausência, quando na verdade precisava de mim. Agradeço do fundo do meu coração a você e sua **família** por tudo que fazem por mim. Vocês são pessoas especiais! Que Deus os abençoe sempre!

Aos colegas da UESB, **Washington, Jefferson, Zenilda** e **Marizete** pelo auxílio nos momentos necessários.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde por conduzirem esse Mestrado da melhor forma possível. E aos **funcionários** do Programa por atender às nossas necessidades.

Aos colegas da **1ª turma** por terem me acolhido quando fui aluna especial de uma disciplina.

À **UESB** e **Departamento de Saúde** pelo apoio.

A todos os **amigos da CEF-UESB**, por terem me ajudado nas ocasiões imprescindíveis.

À **Lara**, pela ajuda durante a coleta de dados.

À **Prof^ª. Dr^ª. Maria da Penha Coutinho**, que além de colaborar na qualificação, teve sua parcela de contribuição no decorrer da análise dessa pesquisa.

À **Prof^ª. Dr^ª. Climene Camargo**, pelas considerações na banca de qualificação, contribuindo com a melhoria desse estudo e por aceitar participar da banca de defesa.

À **Dr^a. Sheva Nóbrega**, por também aceitar o convite de participar da banca de defesa.

Aos **profissionais** responsáveis pela CEF-UESB, NUPREJ e APAE por terem me recebido da melhor forma possível.

E o meu agradecimento mais que especial, às **mães dos prematuros**, que de forma tão carinhosa me receberam em seus domicílios quando aceitaram participar desse estudo. Obrigada pela atenção e carinho proporcionados. A participação de vocês foi primordial para a efetivação dessa pesquisa.

Enfim, a **todos** que, de alguma forma, contribuíram para a consolidação desse sonho.

Meus sinceros agradecimentos!!!



Tudo por amor

Ser mãe de gêmeos é a melhor coisa do mundo, poder segurar as duas bênçãos e cantarolar para poder dormir é uma delícia.

O fato de ser prematuras só aumenta o cuidado e o amor a dar e receber.

Um ser tão delicado...

Um ser tão inocente...

Um ser tão cheio de amor, quanto é carente de cuidados, mas nada de extraordinário é tudo feito com amor. Amor que já nasce Prematuro.

(Desenho e história da participante 10 desse estudo)

RESUMO

Estudo sobre as representações sociais das mães de prematuros acerca do período em que o bebê encontra-se hospitalizado e o cuidar materno. Teve como objetivo geral apreender as representações sociais de mães acerca da hospitalização do filho prematuro e do cuidar materno. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil biosociodemográfico das mães dos prematuros; descrever o processo de hospitalização dos bebês prematuros relatado pelas mães; identificar a influência da hospitalização no cuidar materno e na relação mãe/filho; averiguar o acolhimento e as orientações recebidas dos profissionais de saúde durante a hospitalização do filho prematuro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com aporte na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central. Participaram desse estudo 30 mães que acompanharam seus filhos prematuros, após a alta hospitalar, em três serviços de estimulação precoce do município de Jequié-BA. A coleta de dados foi realizada nos domicílios das participantes, utilizando-se como instrumentos de coleta de dados o Teste de Associação Livre de Palavras, o Desenho Estória com Tema e a Entrevista Semi-estruturada. O Teste de associação Livre de Palavras foi analisado através do *software* EVOC 2003, e as outras duas técnicas através da análise de conteúdo temática. Os dados analisados a partir do EVOC 2003 desvelaram os elementos estruturais da representação, evidenciando as palavras *amor* e *cuidado*, como elementos constituintes do Núcleo Central. Através da análise de conteúdo temática emergiram três (3) classes temáticas, sete (7) categorias e 16 subcategorias. Os resultados demonstraram os sentimentos e significados frente à hospitalização do filho prematuro; as influências proporcionadas pela hospitalização, seja no cuidar materno ou na relação mãe/filho; o suporte oferecido pelos profissionais de saúde às mães; os aspectos psicoafetivos no vivenciar a hospitalização; a expectativa do retorno ao lar; o cuidado materno diante da fragilidade do prematuro; e o apoio necessário às mães durante a hospitalização. Tais resultados permitiram evidenciar a necessidade dos profissionais de saúde em acolher melhor às mães a fim de tentar minimizar as dificuldades decorrentes da hospitalização e orientá-las a respeito do cuidar do bebê no domicílio. Foi demonstrado por maior parte das mães que a hospitalização influencia positivamente na relação mãe/filho e no cuidar materno, aumentando, dessa maneira, sua vigilância e seus cuidados relacionados ao bebê prematuro.

Palavras-chave: Prematuro; Mães; Criança hospitalizada; Cuidados domiciliares.

ABSTRACT

Study on the social representations of premature mothers about the period in which the baby is hospitalized and maternal care. Main goal was to apprehend mother's social representations about the hospitalization of premature son, and of maternal care. And as specific objectives: characterize the bio-socio-demographic profile of premature mothers; describe the process of hospitalization of premature babies reported by mothers; identify the influence of maternal care and hospitalization in mother/son relationship; ascertain the reception and guidance received from health professionals during the hospitalization of premature son. It's a qualitative research, descriptive and exploratory, with the input of Social Representations Theory and in Central Nucleus Theory. Participated in this study 30 mothers who followed their premature sons, after hospital discharge in three early stimulation services in the municipality of Jequié-BA. Data collection was conducted in participant's homes, using as instruments of data collection Free Word Association Test, the Design-Themed Story and semi-structured interview. The Words Free Association Test was analyzed using the software EVOC 2003, and the other two techniques through thematic content analysis. Data analyzed from EVOC 2003 unveiled the structural elements of representation, showing the words love and care, as constituent elements of the Central Core. Through thematic content analysis emerged three (3) thematic classes, seven (7) categories and 16 subcategories. The results demonstrated the feelings and meanings front of the premature son hospitalization, the influences afforded by the hospitalization, whether in maternal care or mother/son relationship, the support offered by health professionals to mothers; the psychoaffective aspects experience in hospitalization; the home returning expectation; maternal care in front of premature fragility, and the necessary support to mothers during hospitalization. These results have allowed evidence the need of health professionals in host best the mothers in order to try to minimize difficulties arising from hospitalization and orient them about the baby care in the household. It was demonstrated by most of the mothers that hospitalization influences positively in mother/child relationship and maternal care, increasing in this way, their vigilance and care related to their premature baby.

Key Words: Premature; Mothers; Hospitalized Child; Home Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães de prematuros (N=30). Jequié/BA, 2011.	54
Tabela 2 – Antecedentes maternos das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.	55
Tabela 3 – Características gestacionais das mães de prematuros . Jequié/BA, 2011.	56
Tabela 4 – Aspectos relacionados ao parto e pós-parto das mães de prematuros (N=30). Jequié/BA, 2011.	57
Tabela 5 – Resumo da Análise de Conteúdo Temática das Entrevistas das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.	58
Tabela 6 – Resumo da Análise de Conteúdo Temática das histórias decorrentes do Desenho Estória com Tema das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Quadro de quatro casas à questão indutora CUIDAR DE UM FILHO PREMATURO	62
Figura 2: Desenho e história da P2	65
Figura 3: Desenho e história da P26	65
Figura 4: Desenho e história da P3	73
Figura 5: Desenho e história da P27	73
Figura 6: Desenho e história da P29	83
Figura 7: Desenho e história da P15	88
Figura 8: Desenho e história da P6	91
Figura 9: Desenho e história da P8	91
Figura 10: Desenho e história da P9	92
Figura 11: Desenho e história da P7	94
Figura 12: Desenho e história da P10	95
Figura 13: Desenho e história da P13	95
Figura 14: Desenho e história da P24	99
Figura 15: Desenho e história da P18	100
Figura 16: Desenho e história da P28	101

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEF/UESB – Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

DNV – Declaração de Nascido Vivo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NUPREJ - Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié

RN – Recém-nascido

RN AIG - Recém-nascido Adequado para a Idade Gestacional

RNBP - Recém-nascido de Baixo Peso

RNEBP – Recém-nascido de Extremo Baixo Peso

RN GIG - Recém-nascido Grande para a Idade Gestacional

RNMBP – Recém-nascido de muito baixo peso

RN PIG - Recém-nascido Pequeno para a Idade Gestacional

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	
REVISÃO DE LITERATURA	20
1.1 CONTEXTUALIZANDO A PREMATURIDADE	21
1.2 HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO PREMATURO	24
1.3 CUIDAR MATERNO DO BEBÊ PREMATURO	27
CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 VIVÊNCIAS DE MÃES FRENTE À PREMATURIDADE E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	32
CAPÍTULO III	
MATERIAL E MÉTODO	39
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	40
3.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA	41
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	43
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	44
3.4.1 Questionário de informações biosociodemográficas	45
3.4.2 Teste de Associação Livre de Palavras	45
3.4.3 Desenho Estória com Tema	46
3.4.4 Entrevista semi-estruturada	48
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	49
3.5.1 Questionário de informações biosociodemográficas	49
3.5.2 Teste de Associação Livre de Palavras	49
3.5.3 Desenho Estória com Tema	50
3.5.4 Entrevista semi-estruturada	51
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	52
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS	54
4.2 ENCONTRANDO AS CATEGORIAS E OS ELEMENTOS ESTRUTURAIIS	57
4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MÃES DIANTE DA SITUAÇÃO DE	62

PREMATURIDADE	
4.3.1 Sentimentos e Significados Frente a Hospitalização de um Filho Prematuro – SSFHFP	62
4.3.1.1 Sofrimento e Dificuldade	63
4.3.1.2 Incerteza, Insegurança e Preocupação	67
4.3.1.3 Despreparo e Medo	70
4.3.1.4 Recuperação e Contentamento	72
4.3.2 Hospitalização do Bebê e suas Influências – HBI	75
4.3.2.1 Influência no cuidar materno	75
4.3.2.2 Influência na relação mãe/filho	78
4.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ACOLHIMENTO PROFISSIONAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO	81
4.4.1 Suporte dos Profissionais de Saúde às Mães – SPSM	81
4.4.1.1 Atendimento oferecido pelos profissionais de saúde	81
4.4.1.2 Orientações recebidas sobre o cuidar materno no domicílio	84
4.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO PREMATURO	86
4.5.1 Aspectos Psicoafetivos no Vivenciar a Hospitalização – APVH	86
4.5.1.1 O vivenciar objetivado na expectativa e esperança	87
4.5.2 O Retorno ao Lar – RL	90
4.5.2.1 A percepção negativa ou positiva no retorno	90
4.5.3 Cuidado Materno Diante da Fragilidade do Prematuro – CMDFP	93
4.5.3.1 O amor retratado no cuidado	94
4.5.4 Apoio Durante a Hospitalização – ADH	97
4.5.4.1 Apoio paterno	98
4.5.4.2 Apoio espiritual	100
4.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES ACERCA DO CUIDAR DE UM FILHO PREMATURO	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	121
ANEXO	131

Introdução

*...Mulher quando se faz mãe,
Seja ela de onde for,
Por fora é sempre mulher,
Por dentro, é um anjo de amor.*

*Maternidade na vida,
Que o saiba quem não souber,
É uma luz que Deus acende
No coração da mulher...*

(Delfina Benigna da Cunha)

O bebê pode ser considerado prematuro ou pré-termo quando nasce antes da idade gestacional adequada, ou seja, antes da 37ª semana gestacional (BRASIL, 2009). Diante do nascimento antecipado, o bebê pode permanecer hospitalizado, na tentativa de conseguir uma adaptação ao ambiente extra-uterino de forma independente. Sendo assim, necessita do cuidado e vigilância dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar, e dos pais, sobretudo, das mães, quando chega ao domicílio.

O parto prematuro é visto como uma das causas de mortalidade infantil. No entanto, a diminuição das taxas de mortalidade infantil em muitos países têm sido notória, pois foi evidenciada uma redução no período de 1990 a 2008, em cerca de 50%, na maior parte dos países da Europa, das Américas e do Caribe, e em torno de 35% na Ásia e de 20% na África. No Brasil, apesar de ter ocorrido uma grande redução nesse período, de 34%, ainda assim, a mortalidade infantil se mantém acima dos valores relativos aos países desenvolvidos (UNICEF, 2009).

Mesmo o Brasil conseguindo avanços na redução da mortalidade infantil, ainda é necessário esforço significativo no enfrentamento das diferenças regionais e no alcance de patamares admissíveis. Nota-se, portanto, que o governo federal deve visar e valorizar como estratégia política a redução das desigualdades regionais no país, pois isso poderá reduzir a mortalidade infantil principalmente no Nordeste, que é uma das regiões mais acometidas atualmente. Porém, essa mobilização não deve ser uma estratégia somente governamental, mas também, de toda a sociedade, de cada cidadão, caracterizando um movimento em defesa da vida (BRASIL, 2009).

O parto pré-termo é decorrente de um conjunto de fatores que se relacionam, impactando de forma expressiva na mortalidade infantil e na qualidade de vida dos sobreviventes que evoluem com sequelas. A elevada incidência de partos pré-termos desperta preocupações e colabora para que seja considerado como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (ASSUNÇÃO, 2010).

Em decorrência desse alto índice torna-se evidente a necessidade de organização e de implantação de recursos para atender a crescente demanda das Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, local em que o bebê prematuro é internado com intensa frequência (COUTO; PRAÇA, 2009). Essa internação, possivelmente está condicionada à idade gestacional, ao peso ao nascer e às condições clínicas do bebê

durante e após o parto.

Durante o internamento de um bebê prematuro não somente ele deve ser enfocado, mas também, os seus familiares, uma vez que essa hospitalização pode gerar repercussões importantes dentro do contexto familiar, podendo afetar a interação entre o bebê e seus pais (COUTO; PRAÇA, 2009).

No momento que uma mãe recebe alta hospitalar e deixa seu filho internado, diversos sentimentos podem se apoderar dela, desde a revolta até os sentimentos de compreensão e aceitação. Assim, Cruz et al. (2010) sugere que, durante o processo de hospitalização do bebê, a equipe de saúde faça uma reflexão sobre seus comportamentos e atitudes frente à mãe e familiares, mantendo uma comunicação efetiva e contínua, durante o convívio e, principalmente, oferecendo apoio nas situações de estresse.

Durante o período em que o bebê permanece na unidade neonatal se faz necessário o estabelecimento de um contato diário entre mãe e filho para que seja instituída maior ligação entre este binômio, tendo em vista que essa mãe necessitará futuramente de maior aproximação com seu bebê para que os cuidados domiciliares sejam efetuados com maior disposição e segurança.

De tal modo, observa-se que a motivação dos profissionais de saúde está se intensificando, uma vez que estão introduzindo condutas direcionadas ao estabelecimento dessa interação, através do contato físico diário entre mãe e filho. Em contrapartida, algumas mães chegam a ficar apreensivas, inicialmente, com esse contato por terem medo de estar prejudicando o tratamento do bebê, mas, com a ajuda dos profissionais de saúde, elas se acalmam e demonstram contentamento por meio de seus comportamentos (SANTOS, 2009).

É interessante que exista o contato durante esse período para que a mãe possa ir exercitando e se preparando para o cuidado domiciliar. Soares et al. (2010) destacam a importância da mãe/cuidadora dentro da unidade neonatal, para desenvolver o processo do cuidado. Eles concluíram que as mães que puderam acompanhar seu filho durante o período em que esteve hospitalizado sentiram-se mais confiantes para o cuidado após a alta.

No entanto, para que a mãe possa cuidar do filho torna-se essencial que os

profissionais de saúde, ainda no período de internamento do bebê, as capacitem. Para isso, existem diversas maneiras de implantar ações de educação em saúde no serviço. Para Lélis, Machado e Cardoso (2009) a educação em saúde pode ser compreendida como uma ferramenta para o desenvolvimento das habilidades dos pais, no que diz respeito aos cuidados domiciliares prestados ao bebê prematuro.

Todavia, embora se reconheça a importância das ações educativas provenientes da equipe de saúde para a capacitação das mães cuidadoras, não foi objetivo desta pesquisa trabalhar com nenhum modelo pedagógico de educação em saúde. Portanto, serão apresentadas e discutidas as percepções das mães acerca das orientações recebidas dos profissionais de saúde sobre o cuidado do filho após a alta hospitalar e a educação em saúde será discutida de maneira generalizada.

Sendo docente efetiva do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) há sete anos, atuando como supervisora do Estágio Supervisionado em Pediatria na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB (CEF/UESB), no serviço de estimulação precoce, é proporcionado o crescente contato com as crianças e, conseqüentemente com suas mães diariamente. Assim sendo, através da experiência de trabalho e desta convivência com mães de bebês prematuros, concomitante às muitas leituras acerca de assuntos relacionados ao binômio mãe/filho surgiu o interesse pela temática.

Nesse serviço supracitado são admitidos bebês com prematuridade e outras patologias neurológicas e ortopédicas. As mães dos prematuros são orientadas a buscar o serviço de fisioterapia, quando necessário, logo após a alta hospitalar, para o acompanhamento do desenvolvimento neuro-psico-motor até conseguir adquirir a marcha independente, isto é, por volta dos dois anos de idade. Existem alguns casos de prematuridade que continuam o tratamento por tempo maior, que são aqueles que desenvolveram alguma seqüela e, por esse motivo, permanecem por tempo indeterminado, até adquirir as capacidades funcionais ou até conseguir minimizar as seqüelas.

Por conseguinte, a convivência com essas mães durante o tratamento fisioterapêutico faz perceber diferentes formas de relacionamentos entre mãe e filho e distintas formas de cuidar das crianças. Isso demonstra que algumas delas possuem

uma ligação mais intensa com seus filhos, evidenciando maior cuidado, carinho e atenção, enquanto outras transparecem uma relação mais distante, demonstrando medo, angústia e ansiedade ao cuidar de uma criança prematura.

Logo, também surge no decorrer dessa convivência a vontade de compreender como pode ser relatado o período em que essas mães passaram com os filhos hospitalizados, muitas vezes, sem perspectiva de alta hospitalar e/ou sem um prognóstico favorável, capaz de acalmá-las para aceitar a situação.

Assim, ao direcionar esse estudo percebeu-se a aproximação e afinidade com a Teoria das Representações Sociais (TRS), razão pela qual, ela foi escolhida para ser aporte teórico e, desse modo, poder gerar um maior embasamento teórico. Dessa forma, sentiu-se a necessidade de apreender as representações sociais dessas mães sobre a hospitalização dos filhos e o cuidar materno, representações essas, que podem justificar os diferentes comportamentos das mães com seus filhos, após a alta hospitalar desses.

Diante do exposto, a relevância social deste estudo está na alta frequência dessa situação no ambiente hospitalar e na possibilidade de sensibilizar profissionais de saúde para a melhoria de suas práticas, com o intuito de ampliar seus olhares às mães dos prematuros hospitalizados. Desse modo, desenvolver um convívio mais humanizado entre as mães e os profissionais de saúde, desde o processo de acolhimento dessas famílias, de ensinamentos acerca do cuidar e de esclarecimentos a respeito do estado de saúde de seu filho, através de uma linguagem compreensível, até o momento da alta hospitalar.

Portanto, esse estudo pretende contribuir para o fomento/fortalecimento de políticas educacionais e intervenções de humanização voltadas para a formação dos profissionais envolvidos com essa problemática, considerando que a qualidade da assistência ao recém-nascido e o acolhimento da família são relevantes para a saúde pública, pois podem reduzir a morbi-mortalidade infantil, e reflete, também, na qualidade de vida de ambos.

Assim, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Aprender as Representações Sociais de mães acerca da hospitalização do filho prematuro e do cuidar materno.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil biosociodemográfico das mães dos prematuros.
- Descrever o processo de hospitalização dos bebês prematuros relatado pelas mães.
- Identificar a influência da hospitalização no cuidar materno e na relação mãe/filho.
- Averiguar o acolhimento e as orientações recebidas dos profissionais de saúde durante a hospitalização do filho prematuro.

CAPÍTULO I

Revisão de literatura

... a maternidade é a plenitude do coração feminino que norteia o progresso. Concepção, gravidez, parto e devoção afetiva representam estações difíceis e belas de um ministério sempre divino.

(André Luiz)

Com o propósito de conhecer a contextualização acerca dos prematuros hospitalizados e do cuidar materno, com aporte na Teoria das Representações Sociais foi realizada, inicialmente, uma pesquisa eletrônica na Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, a partir dos seguintes descritores: prematuro; nascimento prematuro; recém-nascido prematuro; mães; criança hospitalizada; cuidados domiciliares; cuidado infantil. Depois da seleção dos artigos, dissertações e teses pertinentes a este estudo, buscou-se o aprofundamento do tema a partir de livros clássicos e manuais do Ministério da Saúde para elucidar conceitos e direcionar o processo da revisão.

Após a análise do material, a partir dessa busca literária, emergiram três focos para o desenvolvimento da revisão de literatura - contextualizando a prematuridade; hospitalização do filho prematuro; cuidar materno do bebê prematuro; os quais serão discorridos a seguir.

1.1 Contextualizando a prematuridade

A prematuridade, que pode ser entendida como o nascimento antecipado do bebê, envolve uma série de fatores que necessitam de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos pais e em especial, das mães.

O Ministério da Saúde classifica o recém-nascido segundo a idade gestacional e o peso ao nascer. De acordo com a idade gestacional, o recém-nascido (RN) considerado a termo, é aquele com idade gestacional entre 37 e 41 semanas; o RN considerado prematuro é aquele com idade gestacional menor que 37 semanas, ou seja, até 36 semanas e seis dias; o caracterizado como prematuro extremo, é o RN com idade gestacional menor que 32 semanas, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias; o RN prematuro tardio, é o com idade gestacional entre 32 e 36 semanas de gestação; e o RN pós-termo é o de idade gestacional maior ou igual a 42 semanas (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com a idade gestacional pode ser classificado como: recém-nascido adequado para a idade gestacional (RN AIG): peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino; recém-nascido pequeno

para a idade gestacional (RN PIG): peso ao nascer abaixo do percentil 10 para a curva de crescimento intra-uterino; e recém-nascido grande para a idade gestacional (RN GIG): peso acima do percentil 90 para a curva de crescimento intra-uterino (BRASIL, 2009).

Já em relação com o peso ao nascer, o RN pode ser classificado como de baixo peso (RNBP), quando o peso for inferior a 2.500g; de muito baixo peso (RNMBP) quando for inferior a 1.500g; e de extremo baixo peso (RNEBP) quando for inferior a 1.000g (BRASIL, 2009).

SILVEIRA et al. (2009) observaram um crescimento no número de recém-nascidos internados nos berçários dos hospitais e nas Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN), pois analisaram os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e evidenciaram o aumento na taxa de prematuridade no Brasil, partindo de 5% em 1994, para 5,4% em 1998, 5,6% em 2000, atingindo 6,6% em 2005.

Concomitante ao aumento na taxa de prematuridade no Brasil, avanços tecnológicos vêm ocorrendo na área da neonatologia, uma vez que o número de bebês que sobrevivem ao nascimento prematuro tem aumentado progressivamente. As modernas UTIN têm sido equipadas com aparato tecnológico moderno, de última geração, o que vem a contribuir para a assistência dos bebês considerados de alto risco (MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003).

Dessa forma, as mortalidades perinatal¹ e neonatal² têm sido reduzidas anualmente, especialmente entre os bebês prematuros, pois além dos hospitais estarem investindo na instalação de modernas unidades neonatais compostas de recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas, o sistema de transporte do bebê para os centros de referência terciária têm melhorado de forma acentuada.

Porém, mesmo com grandes avanços tecnológicos e científicos, a prematuridade, ainda hoje se constitui em preocupação na área da obstetrícia e neonatologia, visto que sua incidência se mantém em nível elevado e as complicações

¹ Número de óbitos fetais - 22 semanas ou mais de gestação - acrescido do número de óbitos na primeira semana de vida no período (PEREIRA, 2008).

² Número de óbitos nas primeiras 4 semanas de vida (PEREIRA, 2008).

associadas ao bebê pré-termo compõem umas das causas de morte no primeiro ano de vida da criança (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

Assim, com o intuito de monitoração dos nascimentos ocorridos no Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 1990, o SINASC, o qual adotou um documento padrão nacional – a Declaração de Nascido Vivo (DNV) - contendo informações sobre a mãe, a gestação, o parto e as condições clínicas do bebê. Essa ficha tem a finalidade de permitir uma padronização em nível nacional, facilitar a análise estatística e possibilitar, a partir daí, a execução das ações básicas de saúde (BRASIL, 2001).

Diversos fatores podem ser considerados como riscos comuns ligados à prematuridade, entre eles podem ser destacados a idade materna (abaixo de 20 anos e acima de 35 anos), raça negra, classe socioeconômica baixa, hábitos maternos de tabagismo e alcoolismo, uso de drogas ilícitas, desnutrição, anemia, ganho de peso ponderal materno insuficiente, estresse, mães solteiras, gestação múltipla, intervalo pequeno entre as gestações, ocorrência anterior de prematuridade, ocupação materna, carência de acompanhamento pré-natal, afecções maternas (agudas ou crônicas) e intercorrências perinatais (CLOHERTY; STARK, 2000; ROCHA et al., 2006; RAMOS; CUMAN, 2009; ASSUNÇÃO, 2010).

Em vista disso, faz-se necessário a prevenção do nascimento prematuro mediante a identificação precoce desses fatores de risco, uma vez que, na maioria das vezes, os mesmos podem ser considerados evitáveis por meio de um acompanhamento pré-natal eficaz (ARAGÃO et al., 2004).

A assistência ao prematuro nas unidades neonatais passou por várias transformações, influenciada pela forma de organização da sociedade. O cuidado ao desenvolvimento do bebê prematuro deixou de ser uma responsabilidade somente da equipe de saúde e passou a ser também uma responsabilidade da família (SCOCHI et al., 2003).

De tal modo, a fim de favorecer a adaptação dos recém-nascidos prematuros dentro das unidades neonatais e de possibilitar o estímulo ao vínculo entre pais e filhos, algumas intervenções devem ser realizadas como: acesso livre e permanência dos pais na unidade de internação, para que exista um contato físico e cuidado constante ao neonato precoce; implantação de redes de apoio aos pais e familiares com

a cooperação de profissionais comprometidos, visando à melhoria na qualidade de vida e desenvolvimento integral dos seres envolvidos, contemplando acima de tudo os direitos humanos (SCOCHI et al., 2003).

1.2 Hospitalização do filho prematuro

As hospitalizações dos prematuros correspondem a um número significativo nas unidades neonatais, tendo em vista a existência do risco de adaptação dessas crianças à vida extra-uterina, pois apresentam imaturidade anátomo-fisiológica devido o nascimento ter ocorrido antes do tempo previsto (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

Ainda no período gestacional, a mulher passa por uma diversidade de sentimentos, dentre os quais podem ser destacados a alegria incondicional da espera do filho e, em contraposição, o medo da chegada inesperada do bebê prematuro, com alguma patologia congênita ou decorrente de um parto com intercorrência. Durante esse período, ela imagina o momento de ser mãe, tocando e acariciando seu filho, completamente perfeito e saudável; porém, quando nasce uma criança prematura, esse desejo, infelizmente, acaba sendo adiado, fazendo com que as idealizações construídas ao longo do tempo sejam desfeitas (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007; ARRUDA; MARCON, 2007).

Normalmente, o parto prematuro ocorre de forma urgente e isso faz com que a mãe não esteja preparada psicologicamente, se sentindo prematura, também, como mãe e, muitas vezes, não se sente pronta para cuidar do seu filho (THOMAZ et al., 2005). Dessa forma, vários sentimentos e reações podem vir à tona. Em muitos casos é comum que a mãe procure fugir da situação para não ser responsabilizada de cuidar de um ser tão frágil que acaba de chegar ao mundo, enquanto outras procuram vivenciar ao lado de seu filho cada minuto que lhe é permitido pela equipe de saúde, com a finalidade de aprender a cuidar dele e de aumentar a interação afetiva com o mesmo.

Assim, observa-se que a hospitalização de um filho é um momento difícil para a família, principalmente para a mãe, que nesse período pós-parto é a pessoa que

apresenta maior ligação afetiva com o bebê. Ela passa a vivenciar sentimentos que envolvem suas perspectivas de vida, dúvidas quanto ao presente e futuro de seu filho, questionamentos quanto à recuperação, às sequelas e à possibilidade de morte (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Cada família possui necessidades específicas no que diz respeito à hospitalização de um filho. Para tanto, é relevante reconhecer a importância do papel dos pais nesse período e abordar a família, de forma particularizada, para que se tornem essenciais no processo de integração da criança e dos pais nas unidades de internamento (REIS, 2007).

A presença da família na unidade hospitalar é fundamental para conseguir captar melhor os dados do paciente e do seu momento existencial; ajudar na identificação das necessidades do paciente, contribuindo para o conhecimento dos seus principais problemas; manter a inserção social do paciente durante toda a sua hospitalização; incluir a comunidade nos cuidados ao paciente; permitir a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação; bem como fortalecer a confiança do paciente (BRASIL, 2004).

Assim sendo, a presença dos pais nos cuidados com o filho hospitalizado se faz necessária, pois diminui o estresse desses causado pelo internamento e adquire-se a preparação para os cuidados de saúde da criança no domicílio, após a alta hospitalar. O extenso período de hospitalização dos bebês prematuros e a privação do ambiente doméstico aumentam a ansiedade da mãe e da família, o que pode prejudicar o vínculo de amor e afeição que são tão importantes para o desenvolvimento da criança (SCOCHI et al., 2003).

Normalmente, o contato da mãe com o filho hospitalizado na primeira visita após o nascimento, é um momento que pode ser considerado como uma ocasião especial para os dois, visto que, é o instante no qual se tem a oportunidade do reconhecimento das duas partes por meio da voz carinhosa, do toque oferecido e do olhar (CAMARGO et al., 2004). Torna-se importante salientar que a equipe de saúde que acompanha essa primeira visita estimule o estabelecimento do vínculo mãe-filho e oriente essas mães quanto às formas de cuidar dos bebês.

No entanto, a prática desse primeiro contato tem revelado que este encontro

pode vir a ser muito prejudicado, sobretudo quando se trata de RN que apresenta determinada alteração clínica como a prematuridade, as malformações congênitas e as complicações que acompanham qualquer uma dessas condições. Vale ressaltar que tais condições, na maioria das vezes, são condicionadas à necessidade da internação desses bebês em uma UTIN (ISERHARD et al., 2009).

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo em seus braços e fortalecer o vínculo, torna-se frustrante para a mãe, pois a mesma idealiza antes do nascimento toda a atenção e carinho possíveis para seu filho. Até mesmo quando já é possível o toque da mãe dentro da incubadora, muitas delas, se intimidam diante dessa situação vivenciada. Esse medo pode ser justificado pela auto-estima afetada, o ambiente hospitalar e a ausência de autoconfiança em criar o filho (SCOCHI et al., 2003).

Logo, pode ser destacado que esta fase em que o bebê é considerado de alto risco é vista como uma fase crítica, pois, além do risco de sequelas e de morte, os pais são submetidos a momentos estressantes. As mães precisam ser mantidas separadas, sem poder tocar em seu filho constantemente, principalmente, quando o bebê está em incubadora, rodeado de sondas, cateteres, monitores, considerados como fatores limitantes ao toque afetivo (CRUZ et al., 2010).

Portanto, o diálogo dos pais com os profissionais cuidadores de seus filhos, torna-se uma estratégia essencial durante o período em que o prematuro encontra-se hospitalizado, pois dessa maneira se estabelece a construção de uma relação da equipe de saúde com a família, podendo reduzir o estresse, principalmente, nas mães. Para que isso aconteça deve haver uma reflexão por parte dos profissionais de saúde que acompanham esse tipo de situação, acerca da prática educativa proporcionada por eles, com o objetivo de colaborar na redução da ansiedade e medo, durante a hospitalização dos bebês (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Esses profissionais possuem grande responsabilidade em tentar amenizar o sofrimento da mãe, na tentativa de promover um ambiente agradável para mãe e filho e de proporcionar momentos alegres entre eles (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007). Assim, se faz necessário o processo de humanização oferecido pela equipe de saúde, a fim de tornar o cuidado humanizado e estabelecer um relacionamento qualificado entre

os profissionais e a família, o qual dependerá de uma política de ação dentro do hospital, elaborada por uma administração ativa.

A humanização não é resultado apenas de recursos materiais existentes, mas, principalmente, da mudança de atitude dos recursos humanos comprometidos com o processo e a participação da equipe técnica, dos próprios pacientes e de seus familiares (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007). Essa interferência da equipe de saúde ajudará na construção da relação mãe-filho, possibilitando a recuperação e desenvolvimento mais rápido do bebê.

Por conseguinte, nos hospitais que possuem unidades neonatais, o cuidado dos profissionais responsáveis não deve focar somente o bebê, mas também a família, adotando como prioridade o acolhimento, a comunicação e a relação interpessoal (CRUZ et al., 2010).

O cuidado à mãe é importante para promover o bem estar da mesma e garantir ao bebê um aporte no seu desenvolvimento. Assim, essa temática vem sendo discutida com maior frequência no meio acadêmico, com a finalidade de tentar modificar essa realidade, tendo em vista a assistência à tríade mãe/filho/família (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

1.3 Cuidar materno do bebê prematuro

O bebê prematuro é considerado de alto risco, e necessita, após a alta hospitalar, de cuidados especiais por parte da mãe por um período prolongado, tendo em vista a melhoria no seu desenvolvimento neuro-psico-motor e as suas especificidades de saúde. Sendo assim, ele precisa de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos pais, especialmente das mães, para que tenha um desenvolvimento satisfatório.

A sobrevivência desses bebês e os aspectos éticos que circundam o seu cuidado evidenciam um desafio que deve ser visto como objeto de reflexão profunda, e exige a priorização de caráter urgente na busca de adoção de estratégias que garantam o acesso às práticas de assistências adequadas aos mesmos (HENNIG; GOMES; MORSCH,

2010).

Desse modo, as orientações sobre os cuidados com o bebê devem ser iniciadas ainda no hospital. Porém, os pais, no momento que são informados que terão que participar dos cuidados, às vezes, ficam confusos e inseguros porque temem o que seja esperado deles e/ou o que lhes será consentido fazer no período da sua permanência hospitalar. Algumas vezes, esses pais iniciam o processo de participação nos cuidados aos seus filhos porque observam outros pais fazendo (REIS, 2007).

Inclusive, as orientações aos pais sobre como cuidar do bebê após a alta hospitalar devem ser oferecidas pelos profissionais de saúde, ainda no período de hospitalização. Todavia, essas orientações, diversas vezes, são negligenciadas pelos profissionais que acompanham essas crianças. Esse fato pode ocorrer devido à ausência de consenso entre os próprios profissionais acerca de tais informações necessárias (LINHARES, 2010). Isso pode fazer, por conseguinte, com que as mães tenham dificuldades no processo de cuidar dos seus filhos, pois elas nem sempre são capacitadas para tais procedimentos.

O termo cuidar tem um conceito abrangente, e envolve não somente os tratamentos propostos, mas também a concepção de um ambiente que proporcione as mínimas condições de conforto à pessoa cuidada, e que faça com que esta sinta confiança no cuidador, pois quando existe tal confiança os tratamentos propostos podem ser mais eficazes (BRASIL, 2004).

O cuidar, independente da situação, é um papel complexo e requer diversas habilidades. O estudo de Gomes; Caetano; Jorge (2010) relatou que o cuidar de alguém doente exige principalmente de cada um, que se compreenda o outro como ser humano, na sua integralidade, pois o cuidador deve perceber o sofrimento e compreender o seu momento de dor, assim como o das pessoas que o cercam.

Segundo Pires (2007) o cuidar está interligado a um tipo peculiar de relação de cuidado humano, em que o usuário, a família e os profissionais de saúde deverão ter maior consideração pela pessoa como um todo. Assim sendo, o cuidado é proporcionado quando a equipe alcança um envolvimento com o mundo subjetivo do usuário, atrelando as experiências, e se complementando satisfatoriamente.

Para Sales (2003) o cuidado não faz parte somente do cotidiano dos

profissionais de saúde, pois engloba toda a humanidade e é utilizado em várias culturas, em todos os níveis socioeconômicos, perfazendo um núcleo consensual de definições e significados, ocasionando variações entre as diferentes culturas existentes.

Portanto, as ações desenvolvidas durante o período da hospitalização dos prematuros devem envolver a participação da mãe, com o objetivo de participar do cuidado prestado a esse bebê, diminuindo assim, seus medos e ansiedades quando se deparar com a situação de ter que cuidar sozinha desse pequeno ser, no ambiente domiciliar (RIOS, 2007). A comunicação da equipe de saúde com os pais e a interação entre eles são procedimentos primordiais quando se objetiva o aprendizado para o cuidado após a alta hospitalar no domicílio.

A divisão de atividades entre os profissionais de saúde e os pais é determinada com antecedência e compete aos pais cumprir os que lhes é determinado, pois esses se encontram em um ambiente estranho e ficam sempre aguardando as decisões tomadas pelos profissionais. A partir do momento que as tarefas são determinadas, os pais vão participando dos cuidados, de acordo com as suas habilidades e anseios. De tal modo, a segurança deles vai aumentando de forma contínua até conseguirem adquirir a prática necessária para cuidar do filho (REIS, 2007).

Vale ressaltar a necessidade de existir uma aproximação entre o saber popular (família) e o saber científico (profissional), a fim de valorizar as experiências das mães de bebês de alto risco, e de instruí-las a respeito do que está acontecendo com seus filhos. Diante disso, observa-se a importância da reconstrução do conhecimento sobre as práticas de saúde exercidas pelos profissionais (ISERHARD et al., 2009).

Um estudo desenvolvido no município de Maringá – PR, no ano de 2008, buscou identificar as dificuldades percebidas pelas mães no cuidado aos bebês de baixo peso e conhecer os recursos utilizados diante das intercorrências na saúde da criança. Segundo as mães que participaram do estudo, as dificuldades eram vivenciadas a cada dia, independente do contexto de vida de cada uma delas, de suas experiências anteriores ou idade. Emergiram relatos de situações complicadas que eram vivenciadas naquele momento ou anteriormente, conseqüentes dos múltiplos fatores relacionados aos cuidados com o bebê prematuro. As dificuldades mencionadas compreenderam assuntos relacionados aos profissionais e serviços de saúde, às

características do bebê, às alterações ocorridas na rotina familiar e à volta ao trabalho (FONSECA; MARCON, 2011).

Iserhard et al. (2009) relatam que as mães de recém-nascidos de alto risco, possuem necessidade de serem assistidas pelos profissionais da área da saúde, principalmente, os da enfermagem, providos de elementos essenciais para poder viabilizar a prática do cuidado ao bebê, e que este cuidado seja singular, ancorado nas crenças, valores e estilos de cada uma dessas mulheres e seus respectivos familiares.

Sendo assim, dentro do contexto do cuidar materno do bebê prematuro, após a alta hospitalar, faz-se necessário que existam algumas particularidades dentro do domicílio, entre as quais podem ser destacadas: a disponibilidade e a capacidade de um ou mais cuidadores; algumas alterações na família diante do recebimento da criança; recursos financeiros para a continuidade do tratamento; e ajuda dos serviços públicos para o atendimento, caso ocorram alterações no estado de saúde do bebê (BARRETO, 2007).

Portanto, quando se observa que o bebê prematuro não necessita mais dos cuidados tecnológicos hospitalares, deve-se ter a garantia de que esse bebê será cuidado no domicílio, por sua mãe e por seus familiares de forma adequada e correta. Em vista disso, torna-se importante a elaboração de uma política pública de saúde que dê apoio e garanta a esses indivíduos o prosseguimento da atenção após a alta hospitalar. Tal política deve compreender, também, a garantia do suporte social necessitado pela família para cuidar de forma apropriada da criança (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

CAPÍTULO II

Referencial Teórico

...Se Deus te deu
A luz da maternidade
Deu-te a tarefa Divina
Da renúncia e da bondade.

(Casimiro Cunha)

2.1 VIVÊNCIAS DE MÃES FRENTE À PREMATURIDADE E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O presente estudo está ancorado na Teoria das Representações Sociais - TRS na perspectiva de Serge Moscovici e de Jean-Claude Abric, visto que essa teoria tem a condição de apreender os universos consensuais de pensamentos visando à conexão do sujeito e objeto em interação dinâmica.

A TRS surge das representações coletivas de Emile Durkheim, sociólogo francês, que busca compreender o aspecto essencial e permanente da humanidade e adota como objeto de estudo, as práticas religiosas de tribos da sociedade primitiva australiana, desenvolvendo uma tese, na qual aponta que a natureza fundamental do homem habita na religião e, considera que tal prática social reproduz as representações coletivas. Em 1912, ele publica a obra “as formas elementares da vida religiosa” e cria um conceito de representações coletivas (NÓBREGA, 2001).

Durkheim define representações coletivas como aquela que reúne variedades de pensamentos e de saberes partilhados de forma coletiva (crenças, mitos, ciências, religiões, opiniões), em que estas revelam o que há de irreduzível à experiência individual e que se estende ao longo do tempo e do espaço social. Assim sendo, Durkheim classifica e opõe as representações coletivas das representações individuais estabelecendo que o pensamento social contenha uma matéria e estados específicos que só podem ser interpretados por outros fatores (NÓBREGA, 2001).

A dificuldade de compreensão e explicação e, a instabilidade das mudanças individuais fez com que a teoria de Durkheim ficasse esquecida no mundo científico por quase 50 anos. Falhas expressas pela oposição entre individual e coletivo, pessoa e sociedade, estável e instável, marca a lacuna da teoria de Durkheim sobre a noção das representações coletivas (NÓBREGA, 2001).

Moscovici, então, encontra nas lacunas teóricas dos estudos do sociólogo francês, um campo de pesquisa favorável para o desenvolvimento das representações sociais. As contribuições da sociologia para as representações sociais foram utilizadas por Moscovici e podem ser retratadas no distanciamento da psicologia social e na aproximação de uma abordagem social, tendo em vista o caráter individual da

psicologia (NÓBREGA, 2001).

Epistemologicamente, as representações sociais visam a compreender como o homem se relaciona com a realidade social, sendo esta proposição parte da essência descoberta no estudo inicial de Moscovici, *La Psicanalyse: Son image et son public*, acerca dos aspectos envolvidos na apreensão pelos homens da sociedade francesa sobre os estudos da psicanálise, no ano de 1961 (NÓBREGA, 2001).

Em sua obra, Moscovici estuda como o conhecimento da psicanálise é modificado à medida que adentra na sociedade e como é apropriado por grupos sociais distintos, escolhidos de acordo com a sua posição social, suas visões políticas, religiosas e seu nível sociocultural; e revela também que o saber científico é transformado em senso comum pelos vários grupos estudados (ANADON; MACHADO, 2001).

Moscovici instrumentaliza um aporte teórico voltado para a investigação e análise dos processos individuais que em interação social propiciam o surgimento de teorias de âmbito do senso comum sobre os objetos. A comunicação nessas relações funciona como um veículo dissipador das informações, permitindo aos homens produzirem sentidos/significados dos fenômenos sociais. Uma das premissas utilizadas na formulação desta teoria considera a intrínseca afinidade do sujeito e objeto na relação social, não sendo possível dicotomizar esses universos à medida que cada um destes elementos só pode ser definido na relação que estabelecem entre si. Logo, a dinamicidade das representações sociais pode ser constatada na complexidade das relações entre o sujeito e o objeto (VALA; MONTEIRO, 2006).

A TRS se mostrou satisfatoriamente clara e concisa para conseguir apoiar e manter um crescente corpo de pesquisa, através de várias áreas da psicologia social (MOSCOVICI, 2011). Assim, as representações sociais receberam afluentes de diversas correntes de pensamento, além da contribuição de vários autores que corroboraram com a grande teoria desenvolvida por Moscovici, sendo válido conhecer as três principais correntes teóricas desta abordagem: a primeira delas, desenvolvida por Denise Jodelet é a mais próxima dos preceitos originais de Moscovici, englobando as esferas dos conteúdos ao buscar a epistemologia, as condições de produção e a circulação das representações sociais; a segunda delas, presente nas obras de Willem

Doise fornece características dirigidas para o âmbito sociológico das representações; enquanto a terceira, de Jean-Claude Abric, enfatiza a dimensão cognitiva estrutural, com os estudos sobre os núcleos centrais e periféricos (SÁ, 1998).

Como espaço de estudo das representações, considera-se que a representação social é sempre a representação de alguém (sujeito) sobre alguma coisa (objeto). Ela confere significações ao objeto, dando a ele uma relação de simbolização e de interpretação; é apresentada como uma modelização do objeto, diretamente legível de vários suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, e serve para agir sobre o mundo e sobre o outro (JODELET, 2001).

As representações sociais são vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós de alguma forma já sabemos e conhecemos (MOSCOVICI, 2010). Tendo em vista que as mães deste estudo vivenciaram a situação de ter um filho prematuro, em circunstância de hospitalização, pode ser inferido, a princípio, que as mesmas possuem representações acerca do assunto.

A TRS parte do princípio de que existem formas diferentes de comunicação entre os indivíduos e as define em consensual e científica. Sendo assim, o universo consensual é aquele que se constitui na conversação informal, na vida cotidiana, onde todos podem falar sobre todo e qualquer assunto; já o universo científico ou reificado é aquele existente no espaço científico, com seus cânones de linguagem, sua hierarquia interna, local onde só os especialistas podem falar (ARRUDA, 2002). A TRS se constrói mais frequentemente no universo consensual, pois nesse meio o direito à palavra é de todos.

Segundo Santos (2005) todo conhecimento científico visa a se constituir em senso comum. Para ele o conhecimento do senso comum, apesar de ser conservador, tende a ser mistificado e mistificador, e possui uma dimensão libertadora que pode ser expandida por meio do diálogo com o conhecimento científico, aflorando em algumas das características do senso comum. Dessa forma, a ciência pós-moderna reconhece no senso comum algumas virtualidades que servem para enriquecer a nossa relação com o mundo.

Para que haja uma dinâmica de formação e transformação das representações sociais elas devem passar pelos processos denominados objetivação e ancoragem (SÁ,

1998; VALA; MONTEIRO, 2006).

O processo de objetivação diz respeito à maneira como os elementos constituintes da representação são organizados e ao percurso em que os elementos adquirem materialidade e tornam-se expressões de uma realidade imaginada como natural (VALA; MONTEIRO, 2006). Objetivação vincula a ideia de não familiaridade com a de realidade (MOSCOVICI, 2010).

A objetivação desenvolve-se em três momentos: construção seletiva, esquematização e a naturalização. No momento de construção seletiva as informações, crenças e ideias que dizem respeito ao objeto da representação passam por um processo de seleção e descontextualização, ou seja, passam por um processo de escolha. A esquematização corresponde à organização dos elementos, quer dizer, à sua esquematização estruturante, que é considerado o momento mais estável da representação. O momento da naturalização é o instante em que há transformação das imagens que eram abstratas em realidade (VALA; MONTEIRO, 2006). Dessa forma, observa-se que o processo de objetivação é aquele capaz de selecionar, organizar e, por fim, materializar as abstrações.

A ancoragem coloca a representação e seu objeto em uma rede de significações, sejam acerca de acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos ou fatos sociais, que permite situar o mesmo em relação aos valores sociais e dar-lhe coerência (JODELET, 2001; VALA; MONTEIRO, 2006). É um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos inquieta, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um exemplo de categoria que pensamos ser apropriada; é classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2010). Assim, ressalta-se que o processo de ancoragem confere-lhe um valor funcional através de significados, integrando o objeto representado a um pensamento que já existe.

Para que as representações sociais tenham um papel fundamental nas dinâmicas das relações sociais, é necessário que elas respondam a quatro funções (ABRIC, 2000): Função de Saber (permite compreender e explicar a realidade); Função Identitária (define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos); Função de Orientação (guia os comportamentos e as práticas); e Função Justificadora (permite justificar as tomadas de posições e os comportamentos).

O atual estudo pode ser enquadrado em duas das quatro funções citadas acima: na função do saber, visto que as vivências dessas mães trarão subsídios para compreender e explicar a realidade vivida por elas; e na função de orientação, pois guiará os comportamentos e as práticas dos profissionais de saúde que lidam com essas mães, objetivando a melhoria do suporte fornecido a elas.

Por um lado, as representações convencionalizam os objetos, as pessoas ou os acontecimentos que são encontrados. Elas proporcionam uma forma definitiva, lhes colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Não obstante, elas se posicionam sobre nós com grande força, que é a combinação do que está presente antes mesmo de começarmos a pensar, com uma tradição que determina o que deve ser pensado (MOSCOVICI, 2010).

Uma das abordagens metodológicas da teoria está relacionada com a vertente estrutural das representações, conceituada de Teoria do Núcleo Central, na qual se constitui como uma abordagem diferenciada à abordagem da grande teoria, que dentre as abordagens foi a única que chegou a ser conceituada como uma teoria. Assim, essa teoria deve descrições mais detalhadas de estruturas supostas com as explicações de seu funcionamento (SÁ, 1996).

Segundo Sá (1996) uma representação social só passa a ser descrita ou identificada de forma adequada, quando se apreende seu conteúdo e sua estrutura em núcleos centrais e periféricos. Portanto, a organização das representações encontra-se em dois sistemas articulados, o sistema central responsável pela materialização da representação na estrutura mental e o sistema periférico possuidor dos elementos que sustentaram o núcleo central, sendo as transformações mediadas pelas mudanças no núcleo periférico. Atualmente, alguns instrumentos como a rede associativa, carta associativa e as evocações livres são utilizados para coletar os dados. Sendo a análise processada pela análise da frequência, ordem de evocação e análises fatoriais de correspondência, com o auxílio ou não de programas computacionais (SÁ, 1998).

O núcleo central adota duas funções essenciais: a função geradora, por possuir a capacidade de criar, transformar e prover sentido a uma representação; e a função organizadora, por conseguir unificar e estabilizar uma representação ao constituir elos entre os elementos significativos (ABRIC, 2000).

Já o sistema periférico reconhece três funções: a função de concretização, onde existe a conexão do núcleo central com a realidade; a de regulação, que permite que a representação consiga se adaptar ao contexto imediato; e a função de defesa, na qual os sinais de modificações de uma representação podem ser encontrados no sistema periférico, o qual admite elementos novos ou contraditórios, pois se acontecer mudança no núcleo central gera alguma alteração em toda a representação (ABRIC, 2000).

Dessa forma, estudiosos da Teoria do Núcleo Central consideram que a organização de uma representação é apresentada por uma característica particular visto que toda representação é organizada ao redor de um núcleo central, o qual é composto de um ou alguns elementos que proporcionem significado à representação (ABRIC apud SÁ, 1996).

Os elementos que constituem o Núcleo Central formam a homogeneidade de determinado grupo, pois propagam a história coletiva, determinando um núcleo rígido, coerente e estável. Já os elementos periféricos de uma representação social, são heterogêneos, decorrentes de experiências individuais, sendo então, caracterizados como flexíveis e responsáveis pela sustentação do núcleo central (VALA; MONTEIRO, 2006).

Os produtos da Teoria do Núcleo Central permitem estabelecer uma ligação entre elementos homogêneos e heterogêneos, experiências coletivas e individuais, elementos rígidos e flexíveis. Assim, as representações aqui geradas permitirão uma variedade de significados, consequentes da relação dos indivíduos em sociedade.

Alguns estudos têm sido realizados na área da educação em saúde ancorados à TRS. Um exemplo disso é o estudo de Andrade Júnior, Souza e Brochier (2004) que investigou as representações sociais da educação ambiental e da educação em saúde em 204 estudantes universitários. Já Medeiros e Silveira (2007) relacionaram a educação em saúde com as representações sociais da comunidade e da equipe de saúde.

Outras pesquisas têm sido realizadas na área da saúde envolvendo a TRS, como se pode observar no estudo que discutiu a representação de um envelhecimento bem-sucedido para um grupo de pessoas idosas (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006);

em seguida Sales, Damasceno e Paiva (2007) buscaram identificar as representações sociais do cuidado, a partir da determinação do núcleo central e sistema periférico, onde cem portadores de diabetes fizeram parte da pesquisa; dois anos após foram apreendidos os significados e sentidos expressos nas representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV referentes ao contágio do leite materno em uma tese elaborada por Teixeira (2009).

Observa-se, dessa forma, que o campo de estudos envolvendo as representações sociais tem crescido e desenvolvido de forma acentuada, em diversas áreas da educação e da saúde, o que proporciona um campo abrangente de estudos para pesquisadores interessados em estudar a Teoria.

CAPÍTULO III

Material e Método

Quanto mais dolorosa a marcha,
Maior o auxílio do Senhor
para os que edificam o bem.

Ainda mesmo com lágrimas
Saibamos sorrir, à luz da esperança,
Consciente de que Jesus permanece velando.

(Bezerra de Menezes)

3.1 Caracterização da pesquisa

Para se apreender as representações sociais das mães sobre os prematuros hospitalizados e o cuidar materno, optou-se por uma pesquisa de abordagem multimétodos, de natureza qualitativa, caracterizada como descritiva e exploratória, ancorada na Teoria das Representações Sociais, conceituada por Moscovici (2010) e na Teoria do Núcleo Central de Jean-Claude Abric (2000).

A abordagem qualitativa é caracterizada pelos significados das experiências humanas, contendo uma visão holística dos indivíduos, com a perspectiva de descobrir dimensões e padrões importantes das relações. Ela pode ser aplicada para os estudos da história, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, bem como, ser direcionada aos produtos das interpretações sobre o que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, como se sentem e como pensam (MINAYO, 2008).

Para Oliveira (2002 p. 117) o objetivo da pesquisa qualitativa é:

(...) poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

O estudo descritivo possui o objetivo de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos; descrever características de grupos (idade, sexo, procedência etc.); descrever um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

Segundo Pereira (2008) os estudos descritivos informam tanto a frequência quanto a distribuição de determinado evento, e objetiva descrever de forma epidemiológica os dados obtidos em qualquer população que esteja sendo estudada.

A pesquisa exploratória possui o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo a finalidade de torná-lo mais explícito; pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas de pessoas que possuam experiência no

problema estudado (GIL, 2008).

Para Severino (2007) o estudo exploratório procura extrair informações sobre um determinado objeto, delimitando um campo de trabalho que consiga mapear as condições com as quais esse objeto se manifeste.

A Teoria das Representações Sociais considera a inseparável afinidade do sujeito e objeto na relação social, não sendo possível decompor esses universos (VALA; MONTEIRO, 2006). E a Teoria do Núcleo Central possui o objetivo de organizar a estrutura das representações em núcleos centrais e periféricos (SÁ, 1998).

3.2 Cenário e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, nos próprios domicílios das informantes, após um agendamento prévio com as mães. O município de Jequié está situado no interior do Estado da Bahia, na Mesorregião do Centro-Sul, distante 365 km de Salvador (<http://www.jequie.ba.gov.br>). Segundo o IBGE (2010) Jequié possui uma área territorial de 3.227 Km² e cerca de 151.895 habitantes. Sua economia está baseada nas atividades agropecuária, petroquímica, industrial e comercial. O município encontra-se em gestão plena do sistema municipal de saúde, e possui convênio com diversos estabelecimentos de saúde.

Para esse estudo utilizou-se como base três instituições que possuem o serviço de estimulação precoce e que não têm nenhum tipo de atendimento particular. As instituições escolhidas foram: a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEF/UESB), o Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié (NUPREJ) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

A CEF/UESB está localizada no bairro Jequiezinho, do município de Jequié-BA. Presta atendimento exclusivamente pelo SUS e é coordenada por um docente fisioterapeuta. São atendidos pacientes nas áreas de traumatologia-ortopedia, neurogeriatria, gineco-obstetrícia e pediatria. Realiza cerca de 430 atendimentos por mês em cada área, totalizando aproximadamente 1300 atendimentos mensais. O atendimento é

realizado por duas fisioterapeutas contratadas e discentes do IX semestre do curso de Fisioterapia, que são supervisionados por seis fisioterapeutas docentes (supervisores de estágio). O atendimento à população é efetivado nos turnos matutinos, das segundas às sextas-feiras, enquanto os turnos vespertinos são destinados às aulas práticas com os discentes dos semestres anteriores. A duração dos atendimentos a cada paciente possui cerca de 40 minutos.

Na CEF/UESB também possui um espaço reservado para o funcionamento de um Projeto de Extensão denominado “Cuidados fisioterapêuticos nas ulcerações dos membros inferiores”. Esse Projeto é financiado pela própria instituição, coordenado por uma docente, tendo como colaboradores uma docente e 14 discentes. Realiza cerca de 50 atendimentos semanais, totalizando uma média de 200 atendimentos mensais. Funciona às segundas e sextas-feiras, nos turnos matutinos e às terças, quartas e quintas-feiras, nos turnos vespertinos. A duração dos atendimentos a cada paciente é de mais ou menos uma hora.

O NUPREJ está localizado no bairro Jequiezinho do município de Jequié-BA. Presta atendimento pelo SUS e é coordenado por fisioterapeuta. Possui 13 profissionais de saúde atendendo no local, dentre eles: 01 médico ortopedista, 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 06 fisioterapeutas, 02 fonoaudiólogos, 01 terapeuta ocupacional. A instituição realiza mais ou menos 50 atendimentos por dia, disseminados em todas as áreas, totalizando cerca de 2000 atendimentos mensais. O atendimento à população ocorre de segunda a sexta-feira nos turnos matutinos e vespertinos. Cada paciente passa por pelo menos 02 profissionais ao dia e esses dois atendimentos totalizam mais ou menos 01 hora.

A APAE é uma Sociedade Civil de caráter filantrópico, referência regional e estadual na área de habilitação e reabilitação, que tem por objetivo oferecer um atendimento especializado às pessoas com deficiência intelectual e física. Está localizada no bairro Mandacaru, do município de Jequié-BA e é atualmente coordenada por uma psicopedagoga. Embora seja uma entidade filantrópica, a APAE de Jequié também presta atendimento pelo SUS. Possui 44 funcionários cedidos pela administração pública, distribuídos entre as áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, educação física e assistência social.

Os atendimentos à população são distribuídos das segundas às sextas-feiras, nos turnos matutinos e vespertinos.

Entretanto, estes locais serviram de guia para a identificação dos prontuários, pois após o consentimento dos coordenadores das três instituições foi realizado uma busca nos prontuários das crianças cadastradas e atendidas, na procura de algum telefone de contato das mães cujas crianças tinham nascido prematuras; em seguida, foram feitos os contatos com as mães, agendou-se um horário para que a pesquisa fosse realizada nos domicílios delas, tendo em vista uma maior comodidade às mesmas. Essa coleta foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2011.

3.3 Participantes da pesquisa

A população da pesquisa foi composta por mães de bebês prematuros, que acompanharam seus filhos nos serviços de estimulação precoce da CEF/UESB, do NUPREJ e da APAE no ano de 2010.

Após a pesquisa nos prontuários foram selecionadas 28 mães na CEF/UESB, porém, dessas 28 mães, só se conseguiu contactar 25 mães. No NUPREJ foram selecionadas cinco (5) mães, no entanto, só se conseguiu contactar quatro (4) mães. E na APAE foram selecionadas duas (2) mães, contudo, só se fez contato com uma delas, pois a outra tinha perdido seu filho prematuro há cerca um mês. Portanto, o agendamento foi alcançado com 30 mães devido às dificuldades em contactá-las por telefone anteriormente à coleta de dados.

Como critério de inclusão, foi estipulado que participariam da pesquisa as mães com filhos prematuros de até três anos de idade em acompanhamento em um desses três serviços de estimulação no ano de 2010. A partir da identificação dessas mães, nenhuma delas foi excluída do estudo, pois todas aceitaram participar do mesmo.

As mães com idade a partir de 18 anos foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE A). Já as mães com idade abaixo de 18 anos só participaram da pesquisa após a aceitação voluntária e consentimento de um

responsável que assinou o TCLE.

Vale ressaltar que, antes de iniciar o estudo propriamente dito realizou-se um estudo piloto com duas (2) mães que realizavam tratamento em seus filhos prematuros na CEF/UESB, porém tais filhos naquele momento possuíam três (3) anos e seis (6) meses de idade, portanto, fora do critério de inclusão, referente à idade. Realizaram-se todos os procedimentos com as referidas mães e observou-se que apesar do tempo de vida dos filhos, as informações a respeito da hospitalização deles quando nasceram ainda permaneciam evidentes na mente delas. Por esse motivo, então, foi estabelecido o critério de efetivar o estudo com mães de filhos de até três (3) anos de idade. Após o estudo piloto observou-se que havia necessidade de adequar algumas questões aos instrumentos e, assim, foi feito.

3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Inicialmente as mães dos prematuros foram informadas sobre a pesquisa por meio de explicações esclarecedoras por parte da pesquisadora, em seguida foi agendado dia e horário para que fossem aplicados os instrumentos de coleta de dados nos próprios domicílios, e caso aceitassem participar de forma voluntária elas ou seus responsáveis assinavam o TCLE.

Para se apreender as representações sociais dessas mães, três técnicas foram utilizadas durante a coleta de dados, visando proporcionar maior consistência ao significado das representações: o Teste de Associação Livre de Palavras, a técnica projetiva Desenho Estória com Tema e a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Corrobora-se com Pereira (2005) ao concluir que a complementaridade entre as técnicas é o mais aconselhado, tendo em vista à obtenção de todas as vertentes da lógica natural que compõe o pensamento dos sujeitos de forma a analisar as ideias que circulam pela sociedade em geral e como elas se organizam de modo cognitivo na mente dos sujeitos.

Para tanto, antes da realização das três técnicas foram feitos questionamentos a respeito das informações biosociodemográficas de cada uma das informantes, sendo

que será percorrida cada uma das técnicas de forma individual.

3.4.1 Questionário de informações biosociodemográficas

Inicialmente foi realizado o preenchimento dos dados biosociodemográficos de cada participante, sendo utilizadas as seguintes variáveis para o estudo: faixa etária; cor da pele; escolaridade; situação marital; ocupação; renda familiar mensal; número de filhos; número de gestações; intervalo entre as gestações; ocorrência anterior de prematuridade; tabagismo; etilismo; faixa etária durante a gestação; presença de desnutrição, anemia, hipertensão e diabetes durante a gestação; estresse durante a gestação; peso ganho na gestação; gravidez gemelar; número de consultas pré-natais; idade gestacional do filho; cidade que o filho nasceu; caráter do serviço do hospital; tipo de parto; intercorrência no parto; tempo de hospitalização do filho; e informação relacionada à amamentação.

Cabe destacar que, a maior parte das informações contidas nesse questionário foi baseada nos fatores de risco de um parto prematuro, porém, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil biosociodemográfico das informantes, e não realizar associações entre as informações colhidas e os fatores de risco para prematuridade.

3.4.2 Teste de Associação Livre de Palavras

Após obtenção das informações biosociodemográficas foi realizado o Teste de Associação Livre de Palavras com todas as participantes. Tal teste permite que o conteúdo das representações sociais seja revelado de forma rápida e que os entrevistados consigam se expressar livremente. (OLIVEIRA et al., 2005). Essa técnica possibilita a atualização de elementos implícitos ou latentes que poderiam ser perdidos ou mascarados em outros métodos utilizados no estudo (SÁ, 1998).

O teste citado, de caráter projetivo, se apresenta no campo das Representações Sociais como um instrumento de investigação aberta, o qual se constrói a partir da evocação de palavras ditas decorrentes de um ou mais estímulo(s) indutor(es), com a finalidade de colocar em destaque os universos

semânticos de palavras que tendem a reunir determinadas populações (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Considera-se uma técnica de aplicação fácil, que pode ser utilizada em todas as faixas etárias. Entretanto, deve-se ter bastante cuidado com crianças menores que podem ainda não ter um desenvolvimento cognitivo suficiente e, também, com pessoas idosas que possuam degradação do nível de pensamento (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

A coleta de dados se define em solicitar aos sujeitos da pesquisa que pronunciem um determinado número de palavras, a partir de um estímulo indutor fornecido, e em seguida que organizem as suas respostas de acordo à ordem de importância, da mais importante para a menos importante. Cabe ressaltar que o número de palavras evocadas deve ser estabelecido de forma prévia pelo pesquisador, não sendo recomendado que se exceda a seis (6) palavras, pois a partir da sétima palavra evocada existe um declínio na velocidade das respostas, descaracterizando, então, o caráter natural e espontâneo das evocações livres (OLIVEIRA et al., 2005).

O teste foi realizado de forma individual pelas 30 mães que compuseram o estudo. Sendo assim, solicitou-se que as mães dos prematuros evocassem cinco palavras que viessem à mente após a questão indutora: “associe cinco palavras ao cuidar de um filho prematuro”, e em seguida que elas enumerassem as evocações de acordo com a ordem de importância para as mesmas.

Cabe salientar que antes da aplicação do teste de associação livre de palavras, foi realizado um treinamento com as participantes, com outra questão indutora, para que o teste aplicado ficasse claro. Ao se perceber que as participantes tinham entendido como funcionava devido teste, passou-se à realização do mesmo a respeito do objeto do estudo.

3.4.3 Desenho Estória com Tema

Após a realização do Teste de Associação Livre de Palavras foi realizada a

técnica projetiva Desenho Estória com Tema. No entanto, somente 27 mães participaram da técnica, pois as demais se recusaram. E dos 27 desenhos feitos utilizou-se apenas 25 para o estudo, pois os outros dois se distanciaram completamente do foco em questão.

De acordo com Coutinho (2005) o Desenho Estória com Tema é definido como uma técnica projetiva que permite tanto a ampliação do conhecimento das atitudes básicas do sujeito em referência a si próprio e ao mundo, como expressar seus sentimentos e suas simbolizações configurando um processo de comunicação de suas representações.

A referida técnica se constitui de uma modalidade de apreensão de elementos que se encontram enraizados dentro do inconsciente do participante da pesquisa. É estabelecida pela associação de processos expressivo-motores (desenho livre) e processos perceptivos dinâmicos (verbalizações temáticas) (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003). Com a utilização dessa técnica projetiva vêm se descobrindo que os conflitos encontrados mais profundamente, normalmente, são refletidos de forma mais intensa no papel (FONSECA; COUTINHO, 2005).

A aplicação da técnica consiste em solicitar à participante que faça um desenho relacionado à temática que está sendo estudada; terminado o desenho, solicita-se que ela conte uma estória a respeito do desenho e depois que dê um título à mesma (FONSECA; COUTINHO, 2005).

A técnica pode ser aplicada de forma individual e/ou coletiva, podendo ser realizada em qualquer faixa etária, em ambos os sexos e em qualquer nível mental, sócio-econômico e cultural. Preferencialmente, deve ser aplicada durante o dia, para que o participante possa utilizar os estímulos cromáticos (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

A realização dessa técnica no presente estudo foi efetivada da seguinte maneira: foi solicitado às participantes que primeiro fizessem um desenho de uma mãe com o filho prematuro no processo de hospitalização; a seguir, que escrevessem uma estória sobre seu desenho com início, meio e fim; e depois, que dessem um título a essa estória.

Para a realização da técnica havia instrumentos que as participantes podiam

utilizar na construção dos desenhos, como canetas tipo hidrocor, lápis de cor, giz de cera, lápis, borracha e apontador. No entanto, os materiais foram dispostos sobre a mesa e não foram anunciados, fazendo com que as mães utilizassem o que tinham vontade.

3.4.4 Entrevista semi-estruturada

Após a realização do Desenho Estória com Tema foi realizada a entrevista semi-estruturada com 16 participantes do estudo, pois se considerou que existiu saturação de dados e alcance dos objetivos. Assim, os critérios para a finalização das entrevistas foram, a saturação dos dados, visto que, quando as respostas se tornaram repetitivas, as entrevistas foram suspensas, tendo em vista que as informações fornecidas por novas pessoas pouco acrescentariam ao estudo e não mais contribuiria de forma significativa para a fundamentação do mesmo; o alcance dos objetivos da pesquisa, constatado pelos resultados encontrados nos questionamentos independente do número de informantes. Para cumprir esses critérios e a fidedignidade dos dados, cada entrevista realizada foi gravada em um gravador digital, transcrita e analisada, preliminarmente.

A entrevista é a estratégia mais utilizada nas pesquisas de campo, seja no sentido mais amplo da comunicação verbal ou no sentido de coleta de informações sobre determinado assunto científico; ela ocorre a partir de um diálogo entre dois ou mais interlocutores, no qual o entrevistador toma a iniciativa, com a intenção de construir informações pertinentes para um determinado objeto estudado (MINAYO, 2008).

Para Bittencourt (2010) a entrevista semi-estruturada pode ser definida como um instrumento de coleta dos dados que permite direcionar assuntos elaborados previamente para apreender determinado conteúdo e consente o acréscimo ou direcionamento de outras questões que não estão presentes no roteiro para atingir o objetivo do estudo. Já para Sales (2003) esse método de coleta de dados valoriza a presença do pesquisador e pode oferecer várias perspectivas para que o pesquisado consiga alcançar a liberdade e espontaneidade, necessárias para enriquecer a pesquisa.

As perguntas utilizadas para a entrevista deste estudo foram: Como você descreve o processo de hospitalização do seu filho? Você acha que o processo de hospitalização do seu filho influenciou no cuidado materno no domicílio e na relação mãe/filho? Você foi acolhida pelos profissionais de saúde durante a hospitalização do seu filho? Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre como cuidar do bebê após a alta hospitalar?

3.5 Procedimentos para análise dos dados

Na análise dos resultados desse estudo foi utilizada a triangulação dos dados obtidos pelas diferentes técnicas utilizadas, considerando que é um procedimento essencial para obtenção de informações, visto que é entendida como à corroboração de dados no mesmo fenômeno devido à inter-relação das técnicas de coleta de dados (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

3.5.1 Questionário de informações biosociodemográficas

Os dados biosociodemográficos dos sujeitos da pesquisa que responderam ao questionário foram digitados e tabulados no programa Epi-info, versão 6.04, e apresentados na forma de percentuais (CDC, 2011).

3.5.2 Teste de Associação Livre de Palavras

Os dados obtidos no decurso do Teste de Associação Livre de Palavras foram processados estatisticamente por meio do *software* Evoc 2003, que foi criado por Vergès (1999), com o objetivo de realizar a análise estatística dos dados textuais de uma determinada rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição das palavras evocadas com a atribuição da ordem de importância das mesmas. Os dados foram analisados utilizando-se da correlação da aparição com a

estrutura da Teoria do Núcleo Central, de Abric (SÁ, 1996).

Os dados originados a partir do teste de associação livre de palavras e processados por meio do *software* Evoc originaram dados numéricos de frequência média de evocação e ordem média de evocação através da análise do tipo lexicográfica (VERGÈS, 1999).

Portanto, inicialmente as palavras evocadas pelas participantes foram organizadas no programa Excel, e em seguida, se realizou uma aproximação semântica de tais palavras, garantindo que, no sentido final elas fossem processadas pelo *software* como sinônimas (OLIVEIRA et al., 2005). Assim, das 150 palavras evocadas no atual estudo, existiam 22 palavras que se diferiam, entretanto, a partir dessa aproximação semântica foram geradas 16 palavras diferentes entre si.

Contudo, das 150 evocações, 06 palavras foram proferidas uma única vez, já que representavam um percentual de apenas 4%, considerado não significativo, sendo então, desprezadas. Utilizou-se, portanto, 96% das palavras evocadas (144 palavras), tornando assim, a análise mais consistente e representativa.

A análise gerou os dados necessários para a construção do quadro de quatro casas. A partir desse quadro observou-se que a frequência média (ponto de corte superior) de ocorrências das palavras foi de 9; a média das ordens médias (RANG) foi de 3; e a frequência mínima (ponto de corte inferior) foi considerada de 2.

Assim sendo, o quadrante superior esquerdo do quadro agrupa as evocações que representam os elementos do núcleo central, considerados os elementos mais frequentes e mais importantes; o quadrante superior direito reúne os elementos periféricos mais importantes; o quadrante inferior esquerdo contém os elementos com baixa frequência, mas considerados importantes pelo sujeito; e o quadrante inferior direito é constituído pelos elementos menos frequentes e menos importantes (OLIVEIRA et al., 2005).

3.5.3 Desenho Estória com Tema

O material coletado por meio da técnica Desenho Estória com Tema foi

analisado segundo o modelo instituído por Coutinho (2005), conforme o procedimento a seguir: observação sistemática dos desenhos; seleção dos desenhos por semelhanças gráficas e/ou aproximação dos temas; leitura flutuante das unidades temáticas das histórias; recorte e categorização dos desenhos com suas respectivas histórias; análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias. Todavia, nesse modelo de análise existe um último item, que é a “análise e interpretação dos desenhos através do grafismo”, que não foi abordado no atual estudo, pois essa análise é de competência de psicólogos e outros profissionais dessa área do conhecimento.

Assim, no presente estudo, após a observação sistemática dos desenhos e seleção dos mesmos por semelhanças gráficas, foi realizada a leitura flutuante das histórias, as quais foram agrupadas da seguinte maneira: histórias que evidenciavam sentimentos de tristeza, esperança e felicidade; as histórias que discorriam sobre o retorno ao lar; histórias retratadas pelo amor e cuidado do filho prematuro; e, por fim, as histórias caracterizadas pela importância do apoio.

Por conseguinte, efetuou-se o recorte das unidades temáticas das 25 histórias e, em seguida fez-se a análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados em uma (1) classe temática, quatro (4) categorias e oito (8) subcategorias, conforme Bardin (2011). Cabe destacar que a análise das histórias advindas dos desenhos também foi executada de forma quantitativa, pois foi feita a frequência e o percentual das unidades temáticas em cada subcategoria.

3.5.4 Entrevista semi-estruturada

As entrevistas semi-estruturadas foram analisadas por meio da Técnica da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011), uma vez que essa técnica objetiva explicar por meio de deduções os dados coletados, organizando-os, dando sentido às características dos mesmos, sendo realizada em três etapas: fase da pré-análise, em que o material a ser analisado é organizado; onde há a realização de leituras flutuantes em que o pesquisador se familiariza com os documentos a serem analisados; e onde existe a escolha dos documentos no intuito de delimitar esse universo (constituição do

corpus). A fase de exploração do material, na qual há a manipulação de forma ordenada do material a ser analisado. E, a fase de tratamento, inferência e interpretação dos dados em que os mesmos são manuseados de forma a serem descritos através dos achados da pesquisa e podem ser expressos de forma qualitativa ou quantitativa.

O corpus nesse estudo constituiu-se por 16 entrevistas semi-estruturadas. Após a transcrição das entrevistas, na íntegra, utilizando-se um gravador digital, foi realizado as etapas da Análise de Conteúdo, gerando duas (2) classes temáticas, três (3) categorias e oito (8) subcategorias. Aqui também foi realizada análise quantitativa através das frequências e percentual das unidades temáticas.

3.6 Questões Éticas

O atual estudo desenvolveu-se respeitando a Resolução N° 196/1996, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda a pesquisa envolvendo seres humanos, respaldados nos aspectos éticos e legais, levando sempre em consideração os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça, ausência de riscos e prejuízos, e garantia do anonimato de todos os participantes da pesquisa (BRASIL, 1996).

O início da coleta de dados só ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do protocolo n° 203/2010. A coleta dos dados aconteceu após a aceitação das mães em participar do estudo, e quando era menor de idade, era solicitado a um responsável que assinasse o TCLE. Esse termo foi oferecido em duas vias, sendo que uma ficou com a pesquisadora e a outra com as participantes.

As mães desse estudo tiveram o direito de não participar de qualquer um dos procedimentos contidos no instrumento de coleta de dados ou de desistir de colaborar com o estudo a qualquer momento, mesmo depois de ter assinado o TCLE, sem qualquer prejuízo. Com o objetivo de garantir o anonimato das participantes, elas foram identificadas no estudo por meio de P1 (participante 1) a P30 (participante 30).

CAPÍTULO IV

Resultados e Discussão

Quando qualquer sofrimento te abala os recessos da própria alma, entrega-te a fé, refugia-te em Deus, confia em Deus, porque acima de todas as tempestades e quedas, tribulações e desenganos, Deus te sustentará.

(Emmanuel)

4.1 Características biosociodemográficas das mães de bebês prematuros

Em relação às características sociodemográficas das mães de prematuros (Tabela 1), as faixas etárias mais frequentes foram de 20 a 29 anos (40,0%) e de 30 a 39 anos (43,3%), sendo sua maioria de cor da pele parda (60,0%), nível fundamental (40,0%) e médio (40,0%) de escolaridade, vivendo com companheiro (83,3%) e 1 a 3 filhos (86,7%). A maioria, (70,0%), não possuía ocupação fora do domicílio e a renda mensal da maior parte das famílias era de 1 a 4 salários-mínimos (53,3%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães de prematuros (N=30). Jequié/BA, 2011.

Variável	n	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	5	16,7
20 a 29 anos	12	40,0
30 a 39 anos	13	43,3
Cor da pele		
Branca	2	6,7
Parda	18	60,0
Preta	10	33,3
Escolaridade		
Ensino fundamental	12	40,0
Ensino médio	12	40,0
Ensino superior	6	20,0
Situação marital		
Com companheiro	25	83,3
Sem companheiro	5	16,7
Número de filhos		
1 a 3 filhos	26	86,7
4 ou mais filhos	4	13,3
Possui ocupação fora do domicílio		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Renda familiar mensal*		
Até 1 SM	8	26,7
Entre 1 SM e 4 SM	16	53,3
4 SM ou mais	6	20,0

* Salário-mínimo vigente (SM) = R\$ 540,00

A maioria das mães estudadas já engravidou de 1 a 3 vezes (80,0%), com intervalo de até 2 anos entre as gestações (57,1%) e sem ocorrência anterior de prematuridade (85,7%) (Tabela 2). Em relação aos hábitos de vida, a maioria das mulheres não fumava (96,7%) e não fazia uso de bebida alcoólica (70,0%).

Tabela 2 – Antecedentes maternos das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.

Variável (N)	n	%
Número de gestações (30)		
1 a 3 gestações	24	80,0
4 gestações ou mais	6	20,0
Intervalo entre as gestações (14)		
Até 2 anos	8	57,1
Acima de 2 anos	6	42,9
Ocorrência anterior de prematuridade (14)		
Sim	2	14,3
Não	12	85,7
Hábito de fumar (30)		
Sim	1	3,3
Não	29	96,7
Hábito de consumir bebida alcoólica (30)		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0

No tocante às características gestacionais (Tabela 3), a maioria das mulheres possuía faixa etária de 20 a 35 anos e relatou não ter ingerido bebida alcoólica durante a gestação (77,8%). Em relação à presença de patologias durante a gestação, grande parte não apresentou desnutrição (96,7%), anemia (63,3%), hipertensão (60,0%) e diabetes gestacional (63,3%). Parcela significativa das mulheres relatou ter sofrido algum tipo de estresse durante a gestação (43,3%). O peso ganho durante a gestação na maioria das mulheres foi de até 10 Kg (62,1%). A maior parte das mães teve feto único (76,7%), contudo, foram representativos os achados de gestações gemelares (23,3%). Observou-se que, uma grande parcela das mulheres realizou 6 ou mais consultas de pré-natal (60,0%). Quando classificada a prematuridade do bebê, a maioria era de prematuros tardios (66,7%).

Tabela 3 – Características gestacionais das mães de prematuros . Jequié/BA, 2011.

Variável (N)	n	%
Faixa etária durante a gestação (30)		
10 a 19 anos	5	16,7
20 a 35 anos	24	80,0
36 anos ou mais	1	3,3
Consumo de bebida alcoólica durante a gestação (9)		
Sim	2	22,2
Não	7	77,8
Presença de desnutrição durante a gestação (30)		
Sim	1	3,3
Não	29	96,7
Presença de anemia durante a gestação (30)		
Sim	11	36,7
Não	19	63,3
Presença de hipertensão durante a gestação (30)		
Sim	12	40,0
Não	18	60,0
Presença de diabetes durante a gestação (30)		
Sim	11	36,7
Não	19	63,3
Sofreu estresse durante a gestação (30)		
Sim	13	43,3
Não	17	56,7
Peso ganho na gestação (29)		
Até 10 kg	18	62,1
11 ou 12 kg	2	6,9
13 kg ou mais	9	31,0
Gravidez gemelar (30)		
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
Número de consultas pré-natais (30)		
Até 5 consultas	12	40,0
6 consultas ou mais	18	60,0
Classificação da prematuridade do bebê (30)		
Prematuro extremo	10	33,3
Prematuro tardio	20	66,7

A maioria dos partos ocorreu no município de Jequié-BA (66,7%), em hospital público (86,7%), do tipo cesáreo (53,3%) e com presença de intercorrências (63,3%) (Tabela 4). Quanto ao tempo de hospitalização, 50,0% dos bebês ficaram internados de 1 a 15 dias e 36,7% de 16 a 30 dias. Verificou-se que, 70,0% das mães relataram amamentar os bebês.

Tabela 4 – Aspectos relacionados ao parto e pós-parto das mães de prematuros (N=30). Jequié/BA, 2011.

Variável	n	%
Parto realizado em Jequié		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Caráter do serviço do hospital		
Público	26	86,7
Privado	4	13,3
Tipo de parto		
Normal	14	46,7
Cesáreo	16	53,3
Intercorrência no parto		
Sim	19	63,3
Não	11	36,7
Tempo de hospitalização do bebê		
1 a 15 dias	15	50,0
16 a 30 dias	11	36,7
Mais de 30 dias	4	13,3
Realizou amamentação		
Sim	21	70,0
Não	9	30,0

4.2 Encontrando as categorias e os elementos estruturais

Após a transcrição das gravações e da análise preliminar de cada entrevista, seguiram-se as etapas operacionais da Análise de Conteúdo Temática, resultando na Tabela 5. Em decorrência dela, surgiram duas classes temáticas que abordam, respectivamente, as vivências das mães diante da situação de prematuridade e a percepção das mães sobre acolhimento profissional durante a hospitalização do filho. A partir da primeira classe temática emergiram duas categorias com seis subcategorias, totalizando 232 unidades temáticas. Já na segunda classe temática emergiu uma categoria e duas subcategorias, perfazendo um total de 141 unidades temáticas.

A primeira categoria foi representada pelos sentimentos e significados diante da hospitalização de um filho prematuro. Dela surgiram quatro subcategorias com 154 unidades temáticas: sofrimento e dificuldade; incerteza, insegurança e preocupação; despreparo e medo; recuperação e contentamento.

A segunda categoria foi relacionada à hospitalização do bebê e suas influências, gerando duas subcategorias, com um total de 78 unidades temáticas: a primeira delas

traz a influência da hospitalização no cuidar materno; enquanto a outra diz respeito à influência da hospitalização na relação mãe/filho.

E a terceira categoria faz referência ao suporte oferecido pelos profissionais de saúde às mães durante a hospitalização. Dela originou duas subcategorias totalizando 141 unidades temáticas. A primeira faz referência ao atendimento oferecido pelos profissionais às mães, enquanto a segunda faz alusão às orientações recebidas dos profissionais sobre o cuidar materno no domicílio.

Tabela 5 – Resumo da Análise de Conteúdo Temática das Entrevistas das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	f	%
VIVÊNCIAS DAS MÃES DIANTE DA SITUAÇÃO DE PREMATURIDADE	1. Sentimentos e Significados Frente a Hospitalização de um Filho Prematuro (SSFHFP) 66,4%	1. Sofrimento e dificuldade (SSFHFPsd)	60	39,0
		2. Incerteza, insegurança e preocupação (SSFHFPip)	52	33,7
		3. Despreparo e medo (SSFHFPdm)	22	14,3
		4. Recuperação e contentamento (SSFHFPrc)	20	13,0
		Subtotal	154	100
	2. Hospitalização do Bebê e suas Influências (HBI) 33,6%	5. Influência no cuidar materno (HBlicm)	48	61,5
	6. Influência na relação mãe/filho (HBlirmf)	30	38,5	
	Subtotal	78	100	
Subtotal da primeira Classe Temática			232	100
PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE ACOLHIMENTO PROFISSIONAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO	3. Suporte dos Profissionais de Saúde às Mães (SPSM) 100%	7. Atendimento oferecido pelos profissionais de saúde (SPSMaops)	74	52,5
		8. Orientações recebidas sobre o cuidar materno no domicílio (SPSMorcnd)	67	47,5
		Subtotal	141	100
Subtotal da segunda Classe Temática			141	100
TOTAL DE UNIDADES TEMÁTICAS			373	100

Após a análise de conteúdo temática das histórias relacionadas aos desenhos foi gerada a Tabela 6, evidenciando uma classe temática, com quatro categorias e oito subcategorias. A classe temática se refere ao processo de hospitalização do bebê prematuro e totaliza 130 unidades temáticas.

A primeira categoria está relacionada aos aspectos psicoafetivos no vivenciar a hospitalização. A partir dessa categoria foram originadas três subcategorias com 74 unidades temáticas no total. A primeira delas se relaciona com a tristeza, que também apareceu na primeira subcategoria da entrevista, porém lá foi denominado como sofrimento e dificuldade. A segunda subcategoria está objetivada na expectativa e esperança. E a terceira está condicionada à felicidade, corroborando com a quarta subcategoria da entrevista, denominada recuperação e contentamento. Convém, por oportuno, ressaltar que essas categorias que possuem o mesmo sentido serão discutidas apenas uma vez no decorrer do estudo.

A segunda categoria se refere ao retorno das mães ao lar, com uma subcategoria e 11 unidades temáticas, na qual diz respeito à percepção negativa das mães quando retornam ao lar deixando seus filhos no hospital ou à percepção positiva do retorno das mães na companhia de seus filhos.

A terceira categoria está condicionada ao cuidado materno diante da fragilidade do prematuro, com uma subcategoria e 30 unidades temáticas. Essa subcategoria é definida pelo amor retratado no cuidado.

Já a quarta categoria revela o apoio oferecido às mães dos bebês prematuros durante a hospitalização dos mesmos. Daqui emergiram três subcategorias totalizando 15 unidades temáticas. A primeira delas faz referência ao apoio paterno; a segunda ao apoio profissional, que também aparece na sétima subcategoria da entrevista, denominada como atendimento oferecido pelos profissionais de saúde; e a terceira é representada pelo apoio espiritual.

Tabela 6 – Resumo da Análise de Conteúdo Temática das histórias decorrentes do Desenho Estória com Tema das participantes do estudo. Jequié/BA, 2011.

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	f	%	
PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO	1. Aspectos Psicoafetivos no Vivenciar a Hospitalização (APVH) 56,9%	1. O vivenciar objetivado na tristeza (APVHvot)	32	43,2	
		2. O vivenciar objetivado na expectativa e esperança (APAVHvoees)	17	23	
		3. O vivenciar objetivado na felicidade (APAVHvof)	25	33,8	
		Subtotal	74	100	
	2. O Retorno ao Lar (RL) 8,5%	4. A percepção negativa ou positiva no retorno (RLpnpr)	11	100	
		Subtotal	11	100	
	3. Cuidado Materno Diante da Fragilidade do Prematuro (CMDFP) 23,1%	5. O amor retratado no cuidado (CMDFParc)	30	100	
		Subtotal	30	100	
	4. Apoio Durante a Hospitalização (ADH) 11,5%	6. Apoio paterno (ADHap)	3	20	
		7. Apoio profissional (ADHapr)	4	26,7	
		8. Apoio espiritual (ADHae)	8	53,3	
		Subtotal	15	100	
	TOTAL DE UNIDADES TEMÁTICAS DA CLASSE TEMÁTICA			130	100

A Figura 1 vem evidenciando a análise do Teste de Associação Livre de Palavras a partir do quadro de quatro casas. Portanto, diante dos resultados apresentados observou-se que as representações sociais das mães dos bebês prematuros apreendidas por esse instrumento evidenciaram que o cuidar dessas crianças está diretamente ligado ao amor e cuidado, sendo esses os elementos que constituíram o núcleo central diante do estímulo indutor “cuidar de um filho prematuro”. As palavras do núcleo central foram enunciadas 9 vezes ou mais, e

possuíram ordem de importância menor que 3.

É impreterível salientar que os elementos encontrados no núcleo central (amor e cuidado) corroboram com a quinta subcategoria (o amor retratado no cuidado) encontrada na análise do desenho estória com tema. Nesse caso a discussão também ocorrerá apenas uma vez no decorrer do estudo.

Após os elementos encontrados no núcleo central, foram apreendidos os elementos que fazem parte da 1ª periferia (reforçam os elementos centrais), sendo eles: a angústia, a paciência, o carinho e a atenção. Nesse quadrante visualiza-se que as palavras foram emitidas 9 vezes ou mais e possuíram ordem de importância maior ou igual a 3.

Como elementos de contraste apareceram as palavras medo e prevenção. Nesse quadrante inferior esquerdo considerou-se que as palavras foram pronunciadas menos de 9 vezes e tiveram ordem de importância menor que 3.

Logo, os elementos da 2ª periferia foram compreendidos pelas palavras alegria, dedicação, dificuldade, experiência, proteção, responsabilidade e superação. Aqui se obteve as palavras proferidas menos de 9 vezes e que apresentaram ordem de importância maior ou igual a 3.

Vale lembrar que assim como ocorrerá com os elementos do núcleo central (amor e cuidado), outras palavras poderão ser pronunciadas e discutidas no contexto das subcategorias advindas das entrevistas e das histórias, devido à realização da triangulação dos dados nesse estudo.

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência ≥ 9 / Rang < 3			Frequência ≥ 9 / Rang ≥ 3		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Amor	25	1,680	Angústia	14	3,071
Cuidado	20	2,950	Atenção	17	3,941
			Carinho	15	3,333
			Paciência	10	3,100
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 9 / Rang < 3			Frequência < 9 / Rang ≥ 3		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Medo	8	2,375	Alegria	3	4,000
Prevenção	2	1,500	Dedicação	8	3,000
			Dependência	2	3,500
			Dificuldade	6	3,667
			Experiência	4	3,750
			Proteção	2	4,000
			Responsabilidade	6	3,500
			Superação	2	4,000

Figura 1: Quadro de quatro casas à questão indutora CUIDAR DE UM FILHO PREMATURO
RANG: 3 Frequência Mínima: 2 Frequência Média: 9

4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MÃES DIANTE DA SITUAÇÃO DE PREMATURIDADE

4.3.1 Sentimentos e Significados Frente à Hospitalização de um Filho Prematuro - SSFHFP

No início da hospitalização do bebê a família tende a passar por um período de intenso sofrimento, no entanto, com o decorrer do tempo esse sentimento passa a ser modificado, tendo em vista a evolução clínica de seus filhos, levando, conseqüentemente, à almejada alta hospitalar dos mesmos (ALMEIDA; SILVA; VIEIRA, 2010).

Normalmente essa hospitalização origina sensações como angústia, ansiedade, medo e altos níveis de estresse. Nesse momento o nascimento deixa de ser um encontro entre pais e filhos, e passa a ser transformado em uma seqüência de desencontros quando o bebê é afastado de sua mãe e ligeiramente internado na UTIN

(FRAGA et al., 2009).

Diante da Classe Temática identificada na tabela 5 foi gerada a categoria SSFHFP, evidenciando que durante o processo de hospitalização de um filho prematuro, alguns anseios podem passar a existir.

Portanto, as representações apreendidas nessa categoria perpassam por sentimentos e definições de caráter positivo e negativo, distribuídas em quatro subcategorias que serão discutidas de forma individualizada. Vale destacar que as representações sociais podem se manifestar em palavras, sentimentos ou condutas, deste modo, devem ser analisadas mediante a compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais (MINAYO, 2011).

4.3.1.1 Sofrimento e Dificuldade

Ainda que o nascimento de um filho seja visto como a realização de um sonho, o fato de nascer antes do tempo, normalmente decorre em sua internação em uma unidade neonatal, levando à família a conviver diariamente com sentimentos de tristeza, angústia e medo, uma vez que começa a frequentar um ambiente desconhecido e assustador. Geralmente, quando se recordam desses momentos e relembram o cenário da UTIN, trazem à tona muita dor e sofrimento, em consequência da instabilidade clínica do bebê, da utilização de aparelhos e das medidas terapêuticas aplicadas pela equipe de saúde no tratamento dos mesmos (COSTA et al., 2009).

Tratando-se, de modo específico, da primeira subcategoria das entrevistas, observou-se um total de 60 (39,0%) unidades temáticas. Assim, o *sofrimento* e a *dificuldade* emergiram nas interlocuções das mães, demonstrando que além de existir grande dificuldade na adaptação a essa realidade, elas vivenciam de forma contínua o sentimento de tristeza diante da situação de prematuridade de um filho. Desse modo, vislumbra-se que a partir das seguintes objetivações foi corroborada essa subcategoria:

É muito triste ficar longe, até mesmo porque eu só via ele de 8 em 8, 15 em 15 por questões financeiras e porque não tinha lugar pra eu ficar lá [...] (P1)

Eu chorava o tempo todo, eu vinha pra casa a noite e ficava ouvindo ele chorar, eu vinha aqui no quarto e o quarto tava vazio, era uma sensação tão ruim [...] (P2)

Foi muito difícil [...] as vezes ela não conseguia amamentar, eu ficava triste porque tava perdendo leite, e ela não tava conseguindo, pelo fato dela ser prematura [...] o processo de ficar lá internada é difícil e é complicado, porque você sente falta, quer ir lá toda hora e não pode [...] lá foi difícil, ao chegar em casa também [...] (P7)

Foi muito difícil, porque eu sabendo que ela era tão pequena, estava muito longe da minha família, só eu e ela na cidade que eu nem conhecia, nem nunca tinha ido [...] (P9)

As representações sociais foram então ancoradas nos sentimentos e significados frente à hospitalização de um filho prematuro, concentradas em sua maior parte no sofrimento e dificuldade. Analisando essas falas observa-se que o processo de hospitalização foi visto como uma dificuldade, tendo em vista o tempo em que mães e filhos permaneceram separados, à distância de casa e do restante da família, à volta para casa sem o fruto da gestação, gerando, porquanto, intenso desgaste emocional para as mesmas.

O cenário que constitui a hospitalização de um bebê prematuro é rodeado por intensas emoções, conflitos e sentimentos distintos, pois envolve o ambiente da unidade neonatal, o bebê internado, os pais, os familiares e os profissionais de saúde. Nessa ocasião, pode ser observado que cada um desses integrantes apresenta certo grau de vulnerabilidade, necessidades especiais e particulares, que devem ser atendidas de forma adequada, com o propósito de se criar um ambiente mais favorável a todos com direito a interações mais respeitadas (BRASIL, 2002).

Por conseguinte, os profissionais devem estar atentos às reações das mães e familiares, para reconhecer, prontamente, as suas necessidades. Esse envolvimento com a família pode trazer benefícios no relacionamento entre a equipe, o bebê e seus familiares (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Nos resultados da técnica do Desenho Estória com Tema pode-se notar a corroboração dessa subcategoria, em que a tristeza aparece inserida na primeira categoria, podendo ser visualizada através da Tabela 6. Portanto, observa-se na mesma que a primeira subcategoria foi *o vivenciar objetivado na tristeza*, com 32 (43,2%)

unidades temáticas. Alguns desenhos e suas histórias vêm objetivar esse sofrimento:

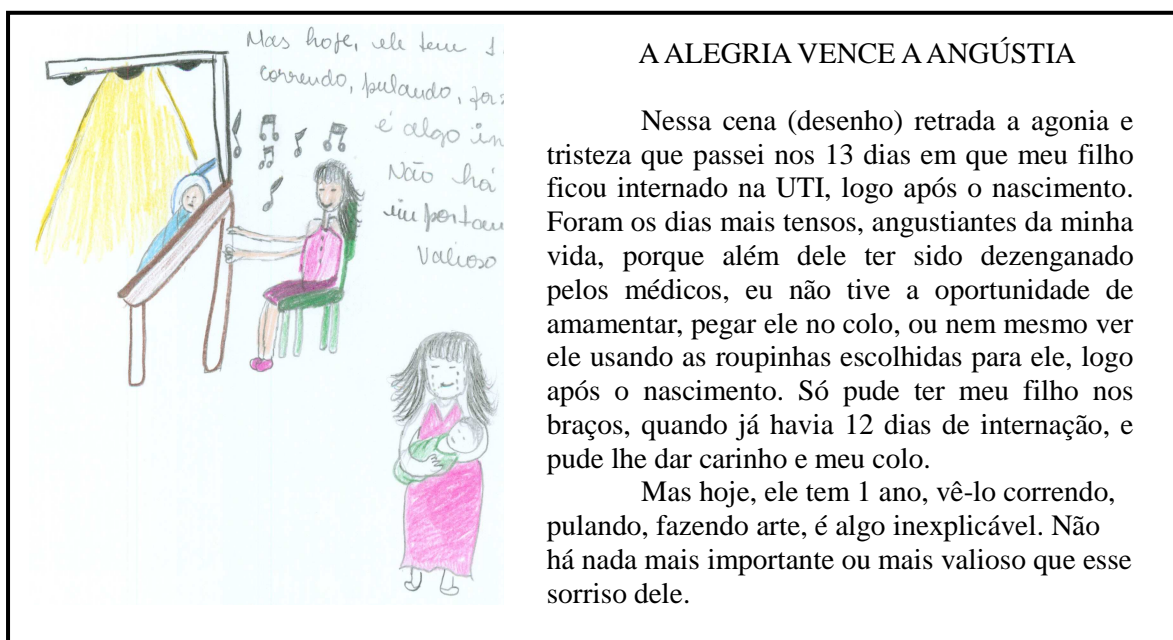


Figura 2: Desenho e história da P2

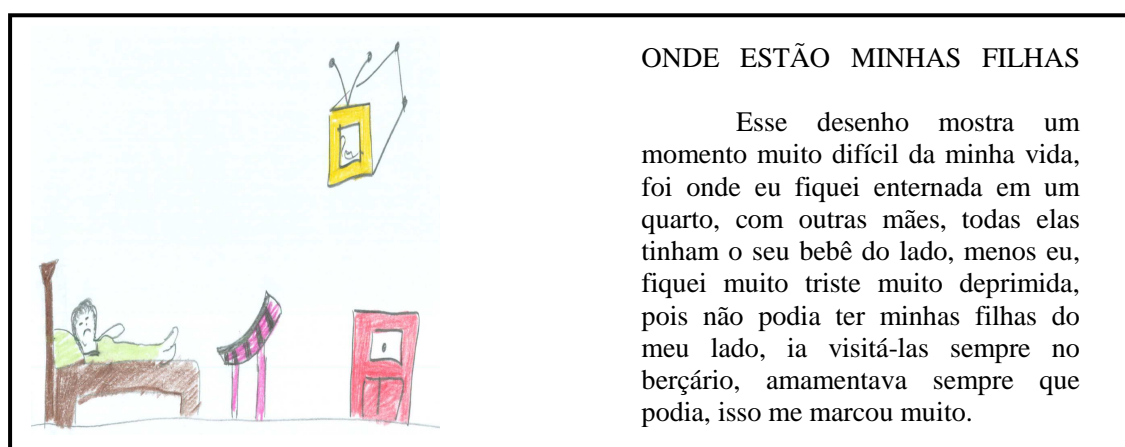


Figura 3: Desenho e história da P26

De acordo com os desenhos e suas respectivas histórias (desenho da P2 e P26) observa-se que a tristeza foi característica marcante e evidente durante o cotidiano das mães no processo da hospitalização do filho prematuro, o que evidenciou um sentimento de caráter negativo.

Segundo Nunes (2010), os pais que vivenciam esse processo sentem-se angustiados, traumatizados e curiosos quando pensam no presente e no futuro que envolve seu filho. Essa angústia pode ser observada por um longo período de tempo

tendo em vista a situação de não se ter data certa para a obtenção de um fim, então, cada dia que passa pode se tornar penoso por não imaginar o que pode vir no dia seguinte.

Para elucidar o sofrimento e dificuldades vividas por essas mães também foram retiradas algumas unidades temáticas das histórias para aqui serem ratificadas:

Uma mãe que se sente triste por ver sua filha internada [...] uma mãe que ver a filha, tomando oxigênio [...] (P15)

Chorava todos os dias [...] nunca fiquei um dia sem vê, elas tão pequena e indefesa queria ficar lá pra poder proteger elas [...] (P28)

Momentos difíceis, porém especiais [...] (P29)

Observou-se que o choro durante esse período foi constante na vida dessas mães, uma vez que estar com o filho ao lado delas, após o parto, era uma meta que não conseguiram atingir em curto período, de modo que, tinham que se contentar com os breves momentos que lhes eram proporcionados pela equipe de saúde, junto dos filhos.

A hospitalização tende a marcar a experiência dessas mães quando suas percepções relacionadas à UTIN são, a princípio, um lugar para pessoas que estão em estado grave, com grande risco de morte (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010). Em virtude do que foi mencionado, ressalva-se que a representação de uma mãe acerca de uma UTIN não é das melhores, fazendo com que o sofrimento seja mais intenso. Em vista disso, o cuidado a essa clientela deve ser cada vez mais qualificado de modo a oferecer assistência não somente ao bebê, mas também às mães, que necessitam tanto de conforto nessa fase.

Um estudo realizado por Fraga et al., (2009) teve como objetivo compreender a percepção da mãe sobre o processo comunicacional entre esta e a equipe de enfermagem, durante a internação do recém-nascido na UTIN, visando a importância da equipe de saúde tentar encontrar maneiras para confortar a mãe, buscando minimizar sensações decorrentes de angústias e familiarizando essas mães com a unidade neonatal. Assim, considera-se a importância do acolhimento às mães no ambiente hospitalar, uma vez que busca o alívio de suas ansiedades.

Arruda e Marcon (2007) apontaram lacunas importantes na assistência à mãe de um bebê prematuro, pois confirmam que a equipe de saúde negligencia o significado que o nascimento de um filho possui para a consolidação e desenvolvimento da

família, uma vez que suas necessidades e anseios nem sempre são levadas em consideração por esses profissionais.

Deste modo, os profissionais de saúde que acompanham os bebês prematuros, devem ter maior atenção às emoções expressadas pelas mães, fornecendo-as o amparo necessário, visto que são mães que necessitam de apoio emocional para aprender a lidar com tal situação.

Diante dos resultados obtidos através do teste de associação livre de palavras, pode-se notar que a palavra *dificuldade* apareceu no quadrante inferior direito, onde estão os elementos da 2ª periferia. Isso pode ser confirmado através da Figura 1, em que a palavra foi pronunciada seis vezes com ordem média de importância de 3,667.

Mesmo possuindo uma frequência baixa convém salientar que para seis mães o termo dificuldade foi lembrado, demonstrando como é difícil cuidar de um bebê em condições especiais. Por esse motivo, os profissionais de saúde no período da hospitalização devem orientar as mães sobre como cuidar do bebê, com o intuito de tentar minimizar suas dificuldades, e fazendo com que este seja cada vez mais bem assistido.

Compete lembrar que as mudanças que ocorrem durante o processo de hospitalização do bebê são evidentes em todo o cotidiano familiar, e envolve alterações emocionais em toda a família. Torna-se necessário ter a compreensão que, em um primeiro instante, os profissionais devem promover a integração do acompanhante (mãe) ao ambiente hospitalar, para que depois, esta consiga se adaptar a realidade. Portanto, é imprescindível, ter o foco centrado na assistência visando à humanização (SANTOS et al., 2011).

4.3.1.2 Incerteza, Insegurança e Preocupação

A segunda subcategoria que surgiu foi a *incerteza, insegurança e preocupação* com 33,7% das unidades temáticas. Muitas mães passaram por momentos de aflição, visto que não possuíam informações precisas e detalhadas do que realmente estava acontecendo com seus filhos. Assim, os recortes das falas agruparam-se em algumas

objetivações:

Porque que aconteceu isso, foi negligência de quem, o médico sabia que não tava legal porque que ele deixou passar [...] (P2)

Eles não davam informações precisas, a informação sempre era, tá estável, eles só falavam isso, mas assim o que é tá estável? [...] não explicavam em nenhum momento [...] (P5)

As enfermeiras não me informavam pra saber o que tava acontecendo com ela lá durante o internamento [...] não tinha informação nenhuma [...] (P13)

A incompreensão origina o aparecimento de dúvidas, incertezas e medos nas mães, que passam seus dias em busca de maiores esclarecimentos diante da situação de saúde de seu filho, na procura de apoio para conseguir encarar o nascimento prematuro e, conseqüentemente, à hospitalização do bebê. O diálogo insuficiente entre profissionais e mães pode desenvolver sentimentos de culpa por ter um filho prematuro e, chegar até mesmo, a um afastamento entre mãe e filho (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Portanto, vivenciar o processo de hospitalização de seus filhos e não ter a certeza do que está acontecendo com os mesmos, é um fato gerador de muitas dúvidas para as mães. Elas relataram que sabiam que alguma coisa estava acontecendo de errado, mas não sabiam exatamente o que; não sabiam se estavam deixando o bebê chorar, se estavam alimentando-o direito; não reconheciam o verdadeiro motivo de ter sido prematuro e de continuar internado. Diante disso, elas se tornavam mães preocupadas e sofridas por ter sempre a incerteza presente nesses dias de ansiedade.

Logo, vale advertir a importância do diálogo entre os profissionais de saúde e os familiares dos pacientes, no qual o processo da prática educativa deve ser efetivado, na perspectiva de tranquilizar esses familiares minimizando suas dúvidas e seus anseios.

Além disso, foi observado que o tempo de hospitalização dos bebês foi permeado pela inquietação das mães, pois a perspectiva do que poderia acontecer com seus filhos perpassava a todo o momento pela cabeça das mesmas e a preocupação era vivenciada diariamente por elas. Assim sendo, os depoimentos que elucidam os fatos são os seguintes:

Eu tava de alta, mas só que eu não queria ir e deixar ela lá sozinha, eu preferia ficar lá com ela, junto com ela, cuidando dela [...] (P3)

Porque eu não podia deixar minha filha prematura lá sozinha, mesmo que ela tava sendo bem cuidada, mas eu preferi ficar lá com ela, ocupei leito, fiquei internada [...] (P7)

Eu estava agoniada porque eu não sabia o que tava acontecendo com ela [...] então eu acho que pra mim foi mais muito preocupante porque eu não sabia [...] (P13)

Em uma das histórias escrita por uma mãe na técnica do desenho, alguns recortes das unidades temáticas também podem exemplificar essa preocupação:

Era uma vez uma mãe com seu bebê que nasceu Prematuro [...] a mãe ficou muito preocupada [...] pois queria estar perto dele [...] (P3)

Quando o bebê necessita ser hospitalizado, ocorre uma ruptura repentina entre o que é idealizado pela mãe e a realidade. Isso provoca alguns sentimentos como medo, ansiedade, culpa e autopiedade, visto que a felicidade que imaginou sentir quando o bebê chegasse acabou sendo substituída por outra realidade que teve que enfrentar (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007).

No entanto, a preocupação das mães frente à hospitalização do seu filho passa a ser representada constantemente, pois elas não sabem qual o prognóstico previsto para ele, assim, algumas delas, mesmo tendo a oportunidade de receber alta hospitalar, preferem continuar internadas, a fim de estar perto dos seus bebês, participando de toda a evolução deles.

Porquanto, as representações sociais de mães que vivenciam um parto prematuro são construídas em consequência das sensações de temor e ansiedade provocadas pelo acontecimento, na maioria das vezes, inesperado e incerto que, por um longo período, de alguma maneira, dilui os sonhos e transforma a realidade em uma carga muito pesada para se superar (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

4.3.1.3 Despreparo e Medo

A terceira subcategoria que surgiu foi objetivada no *despreparo e medo*, com 14,3% do total de unidades temáticas. Muitas mães não tiveram preparo dos profissionais de saúde para conseguir aceitar a situação evidente dos seus filhos, e possuíam medo do que estaria por vir durante a recuperação deles. A partir disso, alguns recortes das falas merecem destaque:

Só que ninguém tá preparado pra esse tipo de coisa porque foge da normalidade [...] (P2)

Eu achei falta de responsabilidade do médico não ter passado assim, a verdadeira realidade que ela tava vivendo, que a maioria do tempo eles me falavam que era normal e hoje eu vejo que não é nada normal [...] (P4)

A notícia advinda de um profissional de saúde que o bebê necessita continuar internado, até possuir condições suficientes de continuar a viver sem a ajuda de aparelhos ou de intervenções clínicas, pode causar um verdadeiro pânico nas mães. Elas necessitam do preparo decorrente da equipe, expondo sobre o real estado de saúde dos filhos, tendo em vista que um bebê que nasce antes do tempo correto é mais susceptível a intercorrências que um bebê que nasce a termo. Em contrapartida, no presente estudo, algumas mães relataram que não foram preparadas pelos profissionais que estavam acompanhando seus filhos.

Outro ponto destacado foi o medo de perder seus filhos. Elas descreveram que o medo esteve presente constantemente, pois a maioria delas nunca tinha passado por essa situação, portanto, possuíam um grande receio de que seus filhos não conseguissem sobreviver a esse estado tão delicado.

Fiquei desesperada, com medo, não foi muito legal não [...] (P8)

Tinha o medo de perder [...] (P14)

O internamento de um filho na UTIN é algo que para os pais pode causar certo temor, pois é um ambiente que faz com que estes fiquem inseguros e com aversão de que alguma coisa mais grave venha a acontecer. Diante desse medo, os pais passam a

adquirir confiança na equipe de saúde ao entregar seu filho aos cuidados da mesma. Por outro lado, a consolidação dessa confiança depende da forma de abordagem da equipe, condicionada a uma linguagem clara, objetiva e acolhedora (ALMEIDA; SILVA; VIEIRA, 2010).

No teste de associação livre de palavras também surgiu a palavra *medo*, com frequência de 8 e ordem média de importância 2,375. O medo decorrente do teste aparece em consequência do cuidar de um filho prematuro, pois o bebê pré-termo é clinicamente mais frágil do que um bebê a termo. As genitoras geralmente temem em tocar e cuidar dessa criança, o que pode vir a prejudicar até mesmo a interação mãe/filho por causa da resistência durante o contato.

Um estudo realizado em um hospital público em Porto Alegre-RS, em 2009, apontou a importância da compreensão e maior empatia pelos profissionais de saúde diante da angústia e medo dos pais de um bebê hospitalizado desde o nascimento. Em comentário a essa questão, as autoras desse estudo apontam que a equipe pode ajudar a construir o vínculo entre pais e bebê, incentivando-os a participarem dos cuidados prestados ao seu filho, esclarecendo os procedimentos que serão realizados e a situação clínica dele, enfim, oferecendo o acolhimento aos pais no ambiente hospitalar (BALDISSARELLA; DELL'AGLIO, 2009).

Segundo Araújo, Rodrigues e Rodrigues (2008) em uma unidade neonatal a falta de diálogo é evidente, pois ocorre uma relação verticalizada, na qual o profissional de saúde passa as orientações, enquanto que a mãe apenas recebe, não tendo a permissão de retorno para a troca de informações e concretização da comunicação. Dessa maneira, as mães não são preparadas da forma adequada, e, sentem medo de perder seus filhos, na maioria das vezes, por não conseguir entender o que está acontecendo com os mesmos. Cabe, no entanto, responsabilizar os profissionais que acompanham esses bebês e suas mães a dialogar com elas para que o temor existente seja de alguma forma, minimizado.

4.3.1.4 Recuperação e Contentamento

Por fim, surgiu a quarta e última subcategoria incluída nessa categoria, que foi objetivada na *recuperação e contentamento*, com 13,0% das unidades temáticas. As mães participantes do estudo relataram que apesar da hospitalização de um filho ser representado como um processo de angústia, elas visualizaram o internamento como um procedimento necessário para a recuperação do bebê, pois no final conseguem encontrar a alegria de vê-los fortes e saudáveis para obter a alta hospitalar. Assim sendo, alguns recortes foram destacados:

Minha filha se recuperou ali, aí quando ela foi para os meus braços ela estava mais coradinha se recuperando melhor, aí ela mamou depois, pegou rápido o meu peito [...] Aí quando ela chegou, eu fiquei tão alegre porque ela tava bem, já tava recuperada, aí depois passou outro dia, aí no quarto dia a gente foi pra casa, mas tudo tranquilo só esperou ela fazer cocô direitinho, porque ela tava com esse problema também [...] (P3)

Você via melhoras, tipo ela saiu do CPAP e foi pro capacete, então assim ela tava respirando melhor, isso era público e notório, a gente tava vendo [...] (P5)

Foi um momento assim, um período de três dias que a gente ficou no hospital, mas ocorreu tudo bem [...] (P11)

O sentimento de aflição que as mães experimentam diante da situação do nascimento prematuro, faz com que se tornem livres para assumir as responsabilidades, na busca de respostas positivas do estado de saúde de seu filho e alívio para seu coração (SALES et al., 2006). Dessa forma, as mães procuram vivenciar cada momento permitido com seu filho, com o intento de ver a recuperação dele, e de alcançar certo conforto no seu íntimo.

Observa-se na Tabela 6, referente à análise das histórias dos desenhos, que ancorada na classe temática *aspectos psicoafetivos no vivenciar a hospitalização*, a terceira subcategoria foi *o vivenciar objetivado na felicidade*, com 25 (33,8%) unidades temáticas. Portanto, dois desenhos e suas respectivas histórias vêm ilustrar essa felicidade:

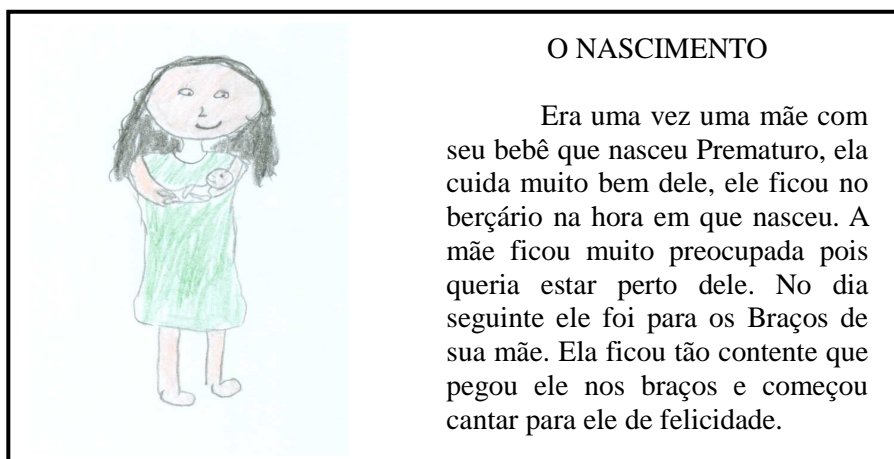


Figura 4: Desenho e história da P3

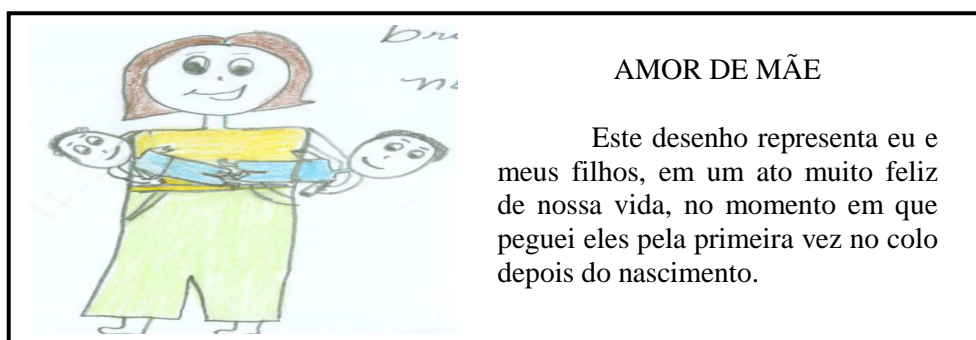


Figura 5: Desenho e história da P27

Através de alguns recortes das histórias também se conseguiu visualizar o sentimento de felicidade durante esse período:

A alegria vence a angústia [...] (P2)

Cada dia passa a ser uma vitória, cada grama, cada melhora [...] por menor que seja, cada pequena vitória é comemorada como um grande acontecimento [...] (P5)

Eu e minha filha no quarto do hospital em Salvador, foi uma alegria em ter ela do meu lado [...] (P9)

Mãe feliz [3] sem tristeza e muito feliz [...] (P12)

Por fim, observou-se que também através do teste de associação livre de palavras surgiu a palavra *alegria* no quadrante inferior direito, sendo pronunciada 3 vezes, com ordem média de importância 4,000. Assim, nota-se que as três técnicas vêm convalidar esse resultado, adquirindo o entendimento de que diante da situação de prematuridade do filho, não existem apenas sentimentos e significados de caráter

negativo. Essa subcategoria vem nos fazer compreender, que mesmo frente a tamanhas dificuldades, essas mães conseguem vivenciar momentos de alegria e satisfação.

Assim sendo, para que esse contentamento seja encontrado, ressalta-se que a humanização deve ser cumprida no interior de uma unidade neonatal, pois ela é importante para a recuperação e desenvolvimento do bebê prematuro. Algumas situações estressantes para o bebê podem contribuir para o atraso na sua recuperação como: a separação entre a mãe e o bebê; estímulos prejudiciais como dor, luz forte e contínua; ruídos intensos; procedimentos invasivos e dolorosos; e temperatura instável (CRUVINEL; PAULETTI, 2009). Portanto, compete a equipe de saúde tentar minimizar essas situações que podem implicar no desenvolvimento e na recuperação dos bebês.

Em um estudo publicado no ano de 2006 observou-se nos discursos que ao compreender a situação do filho prematuro, o sentimento de angústia que inicialmente foi experimentado pelas mães, passou a ser modificado em presença das respostas positivas do estado de saúde de seus filhos, dando lugar ao conforto e alegria para seus corações. Em outro discurso é revelado que estar diariamente com o filho, acompanhando o processo de recuperação, desperta o sentimento de ter o filho de volta, exprimindo a alegria não sentida inicialmente, mas, que depois de ter respostas positivas, a alegria passa a ser visualizada e compartilhada com os familiares (SALES et al., 2006).

Percebe-se que alguns aspectos da cultura hospitalar e seus significados são incorporados à cultura dos pais. Normalmente, para eles a UTIN significa um local que a vida corre risco, entretanto, durante essa vivência hospitalar eles acabam considerando a UTIN como um ambiente de recuperação, se caracterizando como um ponto de partida para garantir a sobrevivência do filho (TRONCHIN; TSUNECHIR, 2006).

Assim, a recuperação dos bebês traduz um momento de contentamento para as mães, pois levar os filhos, com saúde para casa, é o que elas mais esperam durante esse período de inúmeras intercorrências e rodeado de tantas expectativas. Deste modo, elas se acalmam por tudo terminar bem e reconhecem que esse tempo de hospitalização foi necessário para a sobrevivência dos seus filhos.

4.3.2 Hospitalização do Bebê e suas Influências - HBI

A hospitalização de um filho origina dificuldades na reorganização dos papéis familiares e nas respectivas funções sociais, como no trabalho, estudo e lazer, os quais muitas vezes podem ser interrompidos devido à situação, gerando certa instabilidade na dinâmica familiar (SILVEIRA; ANGELO; MARTINS, 2008).

No momento em que o bebê vai para casa, as necessidades e obrigações dos familiares se relacionam com certas circunstâncias como: o amparo que a mesma pode oferecer ao bebê; à capacidade, principalmente materna, de cuidar, entendendo suas necessidades biopsicossociais; à compreensão relacionada às respostas de satisfação desta criança; às questões sociais, financeiras e culturais que conseguem influenciar na aceitação do prematuro pela família (MORAIS, 2008).

Portanto, essa segunda categoria vem apreender as representações sociais das mães acerca da possibilidade da hospitalização trazer alguma influência no cuidar materno ou na relação mãe/filho. Diante dessa categoria, cabe ressaltar que não foram encontrados estudos que discuta sobre a existência ou não da influência da hospitalização durante o cuidado e na relação mãe/filho. No entanto, o presente estudo conseguiu averiguar quais as influências que a hospitalização de um filho prematuro pode ocasionar para sua mãe.

4.3.2.1 Influência no cuidar materno

No momento de hospitalização da criança os familiares vivenciam grande sofrimento, ficam aflitos frente aos resultados do tratamento, e tensos por não imaginar o que pode vir a acontecer. Diante dessa experiência, a família parece ser destruída, sentindo-se dividida pela hospitalização, porém com certo alívio por entender que o filho está sendo bem assistido (SCHULTZ, 2007). Em consequência da boa assistência, os bebês possuem uma evolução adequada, recebem alta hospitalar, e vão para casa receber os cuidados, principalmente, das mães.

Assim, a quinta subcategoria gerada pelas entrevistas foi objetivada na *influência no cuidar* materno, com 48 (61,5%) unidades temáticas. Enfim, alguns discursos revelam que depois do internamento, elas tiveram mais atenção e cuidado com os filhos, conforme observamos a seguir:

Acho que influenciou sim, não só o processo não, mas tudo que aconteceu, toda a situação [...] (P2)

Eu acho que pelo fato de eu ter ficado sem ela esses três dias eu acho que aumentou um pouco mais o meu cuidado com ela [...] (P11)

Eu tive que aumentar meus cuidados [...] (P13)

Influenciou, com certeza [7] na maneira de dar mais atenção [...] ter mais cuidado ainda do que eu tenho já com ela, foi bem mais, para eu poder cuidar dela melhor [...] (P15)

Outras mães ainda fazem comparações dos cuidados desempenhados aos filhos prematuros, com os cuidados realizados com os filhos anteriores, os quais não necessitaram de internamento, chegando à conclusão de que o cuidado com o filho prematuro foi muito maior.

Na minha primeira filha eu tinha cuidado, mas não tive muito cuidado como tenho com ela [...] (P3)

Influenciou [...] eu cuidei, cuidei melhor, tipo assim, outro jeito de cuidar da minha filha [...] (P8)

Corroborando com esse resultado também se pode observar que a *atenção* e o *cuidado* foram confirmados no teste de associação livre de palavras. A palavra *atenção* foi pronunciada 17 vezes com ordem média de importância 3,491, enquanto que o *cuidado*, além de fazer parte do núcleo central, foi evocado 20 vezes e possuiu ordem média de importância de 2,950.

No entanto, existem algumas mães que relataram que a hospitalização do bebê não trouxe nenhuma influência relacionada aos cuidados domiciliares, ou seja, que independente dos bebês terem sido hospitalizados, seriam cuidados da mesma maneira. Assim, algumas falas vêm corroborar essas afirmações:

Não influenciou, seria eu mesma [4] eu acho que o mesmo carinho eu tinha que dar, eu tenho que dar assim, o mesmo cuidado [...] (P1)

Eu acho que no meu cuidado de hoje não interfere até porque eu levo minha filha como uma criança normal, como qualquer outra [...] (P5)

Por meio dos discursos pode-se identificar que o fato do bebê ter ficado ou não internado não condiciona ao compromisso de cuidado mais intenso e especial. Elas referem que o carinho e o cuidado são os mesmos, e que não veem o filho como uma criança especial, e sim como uma criança normal. Assim, pode-se visualizar que apesar de algumas mães terem visto seus filhos hospitalizados por um tempo, acreditaram que após a alta hospitalar, eles estariam bem clinicamente, e poderiam ser cuidados na sucessão dos dias como uma criança sem grandes riscos de intercorrências.

No estudo realizado por Moraes (2008), compreendeu-se que as mães que cuidam do prematuro no domicílio, percebem que o filho, conseqüente de um parto antecipado, exige cuidados especiais. Elas associam a prematuridade à fragilidade, e afirmam que o prematuro é uma criança possuidora de maiores chances de adoecimento.

Vale ressaltar que nem todo bebê que possui o nascimento antecipado necessita de hospitalização. Isso vai depender do peso ao nascer e das suas condições clínicas de sobrevivência. Percebe-se, portanto, que somente pelo fato dos bebês terem sido hospitalizados, a maior parte das mães desse estudo acredita que eles necessitam de maior atenção e cuidado. Talvez, se seus filhos tivessem sido prematuros, e não permanecessem internados, elas não teriam tamanho empenho e receio em cuidar dos bebês.

Mesmo que toda a família deseje participar do cuidado do bebê em casa, a mãe, preocupada com a segurança do filho, muitas vezes restringe a participação dos familiares, principalmente dos irmãos menores, evitando-os que peguem a criança no colo. As mães observam o filho todo o tempo, pois a convivência na UTIN faz-lhes lembrar da instabilidade do bebê, deixando-as inseguras acerca da vida da criança. Conseqüentemente, elas redobram os cuidados durante o dia e a noite, vigiando a todo instante seu filho com intensa dedicação (COSTA et al., 2009).

Normalmente, quando os bebês chegam aos seus respectivos domicílios, recebem constantemente visitas de familiares ou amigos, os quais fazem comentários oscilantes sobre o bebê prematuro entre aspectos temerosos e excesso de cuidado, pois o contexto sociocultural encontra-se completamente carregado do simbolismo,

caracterizado pelo desconhecimento ou de crenças acerca do nascimento prematuro (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Ao contrário disso, para cada mãe, o significado do cuidado materno torna-se único, pois diante de suas histórias e experiências familiares e pessoais, tende a desencadear distintos significados sobre o ser mãe. Como resultado, o cuidado passa a ser singular, e se torna mais positivo a partir do momento que as mães vão ficando mais maduras, ao ponto de se diferenciarem de seus bebês, demonstrando uma postura de maturidade emocional (BARBOSA et al., 2010).

A cultura e as práticas de educação regulam a maneira que as mães se colocam perante seus bebês, o significado de ser mãe, o ato de amamentar e os cuidados básicos de higiene, saúde e afeto no cuidado dos filhos (BARBOSA et al., 2010). Observa-se, assim, que a atitude materna diante do filho, em relação aos cuidados está condicionada aos costumes tradicionais das mães.

Não obstante, cabe aqui salientar que as representações das mulheres relacionadas ao cotidiano familiar e conjugal têm sido modificadas nas últimas décadas, pois têm incorporado novas significações e práticas, as quais se afastam um pouco das concepções tradicionais. Porém, a identidade feminina e as relações de gênero ainda se convencionam em bases clássicas, que atribuem à mulher uma função principal e um espaço privilegiado: ser mãe e “dona” do lar (COUTINHO; MENANDRO, 2009). Deste modo, o instinto materno permanece de forma significativa nas mulheres, fazendo com que as mães se dediquem de forma intensa e incondicional ao cuidar de seus filhos, principalmente, quando eles permanecem por algum tempo hospitalizados, e necessitam de maior atenção após a alta hospitalar.

4.3.2.2 Influência na relação mãe/filho

Durante a hospitalização do filho, a família vive um conflito entre a aproximação e o distanciamento da criança, à probabilidade de morte, à relação com os profissionais de saúde, os conflitos familiares e à dificuldade de ordens diversas para estar com seu filho (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Com isso, essa

subcategoria vem retratar a temática sobre a influência da hospitalização na relação mãe/filho.

Para corroborar essa subcategoria conseguiu-se identificar 30 (38,5%) unidades temáticas acerca desse tema, na qual pode ser demonstrada através de alguns discursos como:

Aproximou muito mais [16] (P2)
 Quando ela foi para os meus braços eu fiquei alegre, contente, chorei já de felicidade não foi de tristeza não [...] (P3)
 Eu acho que aproximou [...] eu acho que não só de mim, mas sim do pai, dos meus pais que ficaram lá o tempo inteiro [...] (P5)
 Com certeza aproximou sim [...] ver todas as mães com seus bebês e o meu nunca chegava, então aumentou sim [...] (P11)
 Depois que comecei a ter contato com ela, que comecei a amamentar ela pela primeira vez aí acho que me aproximou mais [...] principalmente depois que saí do hospital que levei ela, então eu achei que me aproximou mais [...] (P13)

Dentre os recortes que confirmaram a aproximação mãe/filho em consequência da hospitalização visualizou-se que as mães fizeram referência à felicidade de ter o filho próximo, à interação também de seus familiares e a amamentação como forma de aumento do vínculo afetivo. Desse modo, pode-se fazer alusão à Tabela 4, na qual se observa que 70,0% das participantes desse estudo amamentaram seus bebês.

Entretanto, em algumas outras falas pode-se observar relatos das mães dizendo que a hospitalização distanciou mãe/filho:

No início eu fiquei meio distante, porque eu não tava podendo visitar ela, só depois de três dias que eu fui visitar [...] (P13)
 Não me aproximou mais, pois na verdade quando ele tava no hospital internado, eu não tinha nem noção se ele vinha pra casa, da situação dele [...] (P16)

Já as mães que fazem menção ao distanciamento mãe/filho relacionam essa distância à dificuldade de poder visitá-lo e à dúvida relacionada à situação dele, sem saber quando ele poderia receber alta hospitalar.

A separação física devido à hospitalização é considerada uma das dificuldades principais quando se visa o estabelecimento de uma interação eficaz entre mãe e bebê prematuro. O contato corporal e a amamentação são estimulações benéficas para ambos, pois auxilia na recuperação do bebê e ajuda a mãe na superação dos

sentimentos de medo e culpa (CAMARNEIRO et al., 2009).

A formação e manutenção dessa interação durante o período de hospitalização é essencial para iniciar também a produção do cuidado através da família. O contato e apego entre pais e filho desempenham profundos efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento da criança, sendo que esse apego deve ser visto como o início de um processo de experiências com o RN de grande complexidade e intensidade (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Um estudo publicado em 2007 revela através dos discursos dos profissionais de saúde, que são favoráveis à presença diária da família no interior da unidade neonatal, pois acreditam que os pais conseguem promover melhor resposta ao tratamento, deixando os bebês mais calmos. Ressalta-se que a presença dos familiares fortalece o vínculo afetivo e atribui maior tranquilidade e segurança ao pai/mãe/filho, visualizando a família como seres facilitadores da inter-relação entre bebê e equipe (MOLINA et al., 2007).

Conseguir reconhecer os sentimentos e reações das mães é essencial para que os profissionais possam utilizar suas capacidades técnicas e científicas com a finalidade de instituir melhores condições para a relação mãe/filho, contribuindo para tentar diminuir os possíveis prejuízos decorrentes dessa separação precoce, a qual poderá trazer alguma interferência no desenvolvimento da criança ou até mesmo nesta interação (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007).

As representações das mães aportadas nessa subcategoria foram predominadas pelo condicionamento da hospitalização ao aumento da interação afetiva. No entanto, para que essa aproximação seja concretizada, a mãe necessita inicialmente de um ambiente onde ela possa sentir-se acolhida tendo em vista seu processo de sofrimento. Posteriormente, ela deve receber informações sobre as capacidades do filho para interação e responsabilidade materna durante a formação do vínculo afetivo. Assim, tenta-se amenizar o trauma vivenciado, e preparar a mãe para o encontro precoce entre o binômio, capacitando-a para a tentativa da constituição de um apego garantido (BRUM; SCHERMANN, 2004).

4.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ACOLHIMENTO PROFISSIONAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO

4.4.1 Suporte dos Profissionais de Saúde às Mães – SPSM

O acolhimento enquanto postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde beneficiam a constituição de uma relação de confiança e compromisso entre usuários e profissionais, colaborando para a promoção da cultura da solidariedade e legitimação do sistema público de saúde. Ele vem favorecer inclusive a perspectiva de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública fundamental para os brasileiros (BRASIL, 2006).

Diante do enfrentamento da hospitalização do filho, as mães passam pela necessidade de possuir suporte dos profissionais que estão acompanhando seus bebês. O apoio, o cuidado e o respeito a elas nesse momento torna-se indispensável, uma vez que proporcionará maior conforto e tranquilidade para ajudar na superação dos momentos de consternação.

Assim, as representações das mães do presente estudo foram ancoradas nessa terceira categoria que diz respeito ao suporte prestado pelos profissionais de saúde, e foi objetivada em duas subcategorias denominadas: *atendimento oferecido pelos profissionais de saúde* e *orientações recebidas sobre o cuidar materno no domicílio*, que serão discutidas a seguir:

4.4.1.1 Atendimento oferecido pelos profissionais de saúde

O acolhimento aos pais de bebês hospitalizados faz desencadear papel essencial pelos profissionais de saúde para que as experiências emocionais ocorridas tenham melhor aceitação e o sofrimento destes seja diminuído. O acolhimento deve ser entendido como o recebimento e atendimento aos familiares do bebê, na busca de

integrá-los ao ambiente neonatal, envolvendo atuação física e afetiva (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Assim, a partir dessa subcategoria podem-se considerar as falas das mães que relataram ter tido um atendimento satisfatório, sentindo-se acolhidas, contrapondo-se às mães que referiram não ter tido um bom atendimento durante o período em que os filhos encontravam-se hospitalizados. Diante dos recortes de falas que comprovam essa subcategoria, observa-se um total de 74 (100%) unidades temáticas, sendo que alguns desses discursos podem ilustrar o atendimento satisfatório:

Só teve uma enfermeira, que três ou duas vezes, me ofereceu o número do telefone de lá, ela falou que qualquer coisa eu pudesse ligar até pro celular dela, ela me dava informações [...] (P2)

Eu acho que fui acolhida sim [9] porque eu ouço muito as pessoas falar que foi maltratado lá, que teve ignorância médica, da parte do pessoal da enfermagem, e já comigo não aconteceu nada disso, no momento que eu cheguei fui bem recebida, me atenderam bem [...] (P4)

Eles me trataram super bem [2] (P7)

Me davam apoio quando me via chorando, vinha e conversava [...] (P16)

Porém, algumas falas foram objetivadas para as mães em um atendimento não satisfatório:

Não tive apoio nenhum [2] a pediatra, ela chegou pra mim e falou assim, olha eu vou fazer o que eu posso, mas se você tiver fé e boa religião, então é a hora de você se apegar a todos os santos aí porque a situação dele é grave [...] não teve cuidado na hora de passar informação [...] (P2)

Eu não fui acolhida não [6] (P3)

Não tive conforto [...] não recebi atenção [...] (P8)

Cabe salientar que a mãe (P2) que refere ter recebido apoio e atenção de uma enfermeira, quando essa oferece seu telefone para passar informações sobre o estado de saúde do bebê, é a mesma que faz reclamações a respeito da pediatra, quando não lhe passa a notícia da gravidade clínica do bebê de forma confortável. A partir dessa situação, nota-se que apesar da equipe de saúde ser única, a conduta de cada profissional é individual, e isso faz com que comportamentos diferenciados existam.

Corroborando o assunto, durante a análise da técnica do desenho pode-se também observar a questão do apoio ou acolhimento oferecido pelos profissionais:

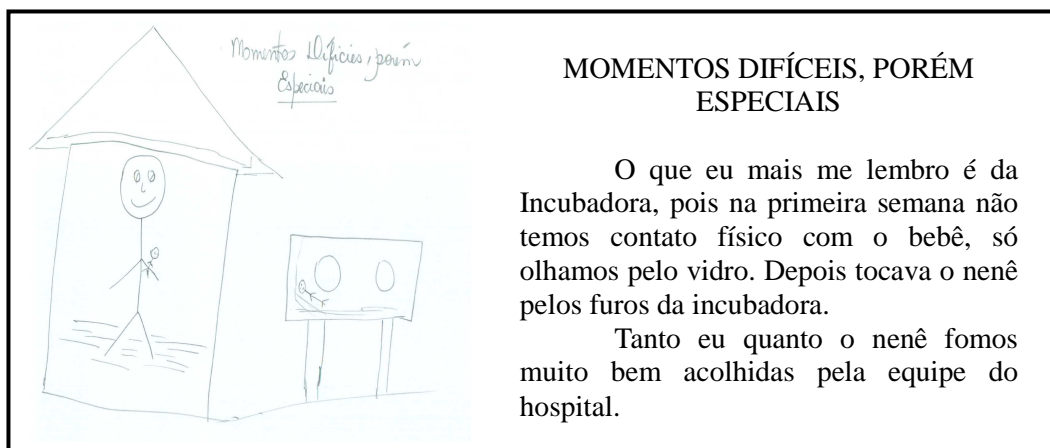


Figura 6: Desenho e história da P29

Entretanto, uma mãe (P5) na técnica do desenho faz observações relacionadas à equipe de saúde:

Acredito que os profissionais que lidam com esta área deveriam estar mais atentos ao conjunto de sentimentos que envolvem esta fase [...] e não apenas às questões biológicas [...] (P5)

Deste modo, observa-se à necessidade dos profissionais se envolverem mais com as questões sentimentais das mães, além das questões técnicas, dando-lhes maior apoio e atenção, a fim de acolhê-las melhor.

Assim sendo, ressalta-se a importância de um bom acompanhamento por parte da equipe de saúde às mães, que, de alguma forma, necessitam de cuidado e amparo, pois determinadas mães passaram por situações desconfortantes, e não se sentiram auxiliadas nem acolhidas pelos profissionais. Isso demonstra a necessidade de sensibilização por parte da equipe, no olhar voltado para as mães dos prematuros, com a finalidade de acalantar esses corações repletos de medo, insegurança e dúvida durante o período hospitalar vivenciado.

Vale advertir, portanto, que os pais se sentem bem no momento que chegam à unidade neonatal e são bem recebidos de forma singular e acolhedora pela equipe de saúde. Normalmente, os casais se identificam mais com um profissional, geralmente a enfermeira da unidade, e se apoiam nela visando um amparo seguro para o caminhar dentro do ambiente hospitalar durante todo o período do internamento do bebê. Através desse apoio os pais possuem a liberdade de se expressar, de serem

compreendidos, guiados, auxiliados e conseguem obter conselhos para a tomada de algumas decisões (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Para que as mães consigam superar suas dificuldades, necessitam de ajuda dos profissionais. Contudo, nem sempre essa ajuda parece ser percebida pela equipe, talvez por causa das limitações apresentadas através do processo de formação, no qual não considera a família como também sujeito do cuidado. Reconhecer a importância da aproximação entre pais e filhos, objetivando uma interação e estabelecendo um contato mais humanizado, estabelece ao profissional esquecer os preconceitos e estar acessível para ser modificado internamente, transformando suas ações e convertendo-as em um cuidar humanizado (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

4.4.1.2 Orientações recebidas sobre o cuidar materno no domicílio

A mãe, geralmente principal responsável pelo cuidado do filho após a alta hospitalar, deve se sentir preparada para assumir os cuidados necessários no domicílio. Para tal, existe a necessidade de expandir a compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância da orientação do cuidar do filho, tendo em vista à continuidade do crescimento e desenvolvimento apropriado e saudável da criança (MARTÍNEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Por conseguinte, essa subcategoria foi objetivada nas orientações recebidas dos profissionais sobre o cuidar materno no domicílio. Logo, foram agrupadas 67 (47,5%) unidades temáticas na mesma, na qual alguns discursos vêm ilustrar essa temática:

A enfermeira me falou que era pra dar muita mama a ela, que era pra eu dar só mama, e quando ela completasse seis meses desse outro tipo de alimentação, agora assim, até seis meses só mama [...] (P3)

A enfermeira que ficava no berçário mandou sempre lavar as mãos, não deixar outra pessoa que chegasse pegar [3] (P7)

Então no dia da minha alta tive a sorte mais uma vez, a pediatra sentou comigo, me mostrou como limpar o xixi, como limpar o cocô, como pegar, como cuidar [2] (P10)

Como era a procedência, horas do banho, como colocar pra dormir, como colocar pra não gofar, a quantidade de alimentação que tinha que dar eu fui orientada em tudo [...] (P16)

Diante desses discursos observa-se que os profissionais cumpriram seu papel relacionado à educação em saúde, pois forneceram orientações para que o cuidado ao bebê fosse continuado de maneira correta em casa. Deste modo, notam-se diversas orientações, sejam relacionadas à importância da amamentação, da higiene, dos horários adequados para realização de cada conduta e aos posicionamentos indicados para o bebê.

A educação em saúde pode ser vista como um campo de enfoque interdisciplinar, onde deve ter a capacidade de agregar conhecimentos sobre o homem relacionado à sociedade, na perspectiva de explicar o processo saúde-doença tendo em vista a sua complexidade e orientar às práticas dos processos educativos (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

Contudo, mesmo consistindo em uma minoria, é importante destacar que nesse estudo existiram mães que relataram não terem recebido orientações da equipe, conforme as falas a seguir:

Não me orientaram em nada, na hora que eu saí, eles nem deram tchau nem nada, só me deram um papel lá ai eu fui embora [...] mas só que ninguém me passou nada não, eu cuidei dela, to cuidando dela até hoje, ela ta bem graças a Deus [...] (P3)

Em nenhum momento eles deram nenhum tipo de orientação e nenhum tipo de informação também [...] (P5)

Reportando a essas falas consegue-se visualizar que alguns profissionais ainda não estão realizando o processo de educação em saúde, tendo em vista que cuidar de um bebê que ficou por um determinado tempo hospitalizado requer orientações específicas, as quais devem fazer parte do cotidiano dos profissionais que acompanham os bebês e suas mães.

Portanto, as ações desenvolvidas durante a hospitalização dos prematuros devem envolver a família, com o objetivo de fazer com que ela participe do cuidado, diminuindo dessa forma seu estresse, medo e ansiedade (CENTA; MOREIRA; PINTO, 2004). Segundo esse preceito, a comunicação, o acolhimento e a interação entre a equipe de saúde e os pais evidenciam procedimentos primordiais para a diminuição da aflição dos pais neste período.

O estudo realizado por Fonseca et al. (2004) descreveu o desenvolvimento de um material didático-instrucional, direcionado ao treinamento materno para o preparo da alta hospitalar do prematuro. Os participantes indicaram os assuntos de interesse para o processo ensino-aprendizagem, que foram agrupados em cuidados diários, alimentação, higiene, cuidados especiais e relacionamento familiar. Decidiram, em vista disso, pela confecção de uma cartilha educativa ilustrada com figuras, que pudesse ser levada para o domicílio. A mesma foi validada pelos participantes e compôs um instrumento criativo para auxiliar nas atividades de educação em saúde dirigida a essa clientela. Para os participantes, o material educativo direcionou as orientações e auxiliou as mães na memorização dos conteúdos a serem apreendidos.

Assim, dentro de uma unidade neonatal torna-se necessário que a equipe de enfermagem desenvolva as estratégias de educação em saúde com as mães a cada dia, através do planejamento e da sistematização dessas práticas, na busca de melhores recursos com a instituição, demonstrando que essas ações visam possibilitar melhor cuidado em casa, objetivando a prevenção de doenças e promoção da saúde, minimizando os riscos de morbidade nos bebês e, conseqüentemente, evitando uma nova internação (LÉLIS; MACHADO; CARDOSO, 2009).

4.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO PREMATURO

4.5.1 Aspectos Psicoafetivos no Vivenciar a Hospitalização – APVH

Receber alta hospitalar e ter que deixar o filho internado faz com que as mães perpassem por alguns aspectos psicoafetivos, uma vez que acabam sendo submetidas a viver nesse período de suas vidas em dúvidas constantes em relação à evolução do seu filho, na expectativa da possibilidade de sobrevivência e reintegração social. Além disso, ainda tem que superar diversos mitos culturais assimilados pela sociedade, relacionados à sobrevivência de um bebê prematuro, enfrentando a quebra do paradigma do modelo cultural da imagem do bebê bonito e saudável (SANTOS; FARIA;

VICENTE, 2007).

Diante disso, a capacidade da mãe em suportar essa situação dependerá de suas percepções acerca das circunstâncias e de suas aptidões para lutar contra todas as dificuldades existentes, pois, assim como o adulto, a criança não se caracteriza como um ser isolado, ela faz parte de uma estrutura de interdependência, que é a família, em especial a mãe (SILVA et al., 2010).

Após a análise das histórias decorrentes dos desenhos originou-se a Classe Temática *Processo de hospitalização do bebê prematuro*, que apreendeu representações das mães ancoradas e representadas nessa categoria referente aos *aspectos psico-afetivos no vivenciar a hospitalização*, e foram objetivadas em três subcategorias (o vivenciar objetivado na tristeza; o vivenciar objetivado na expectativa e esperança; o vivenciar objetivado na felicidade). Entretanto, na discussão dessa categoria só se fará referência à subcategoria que diz respeito à expectativa e esperança, pois as outras duas já foram discutidas na primeira categoria das entrevistas devido à triangulação dos dados.

4.5.1.1 O vivenciar objetivado na expectativa e esperança

Embora o nascimento não tenha acontecido como os pais desejavam, o poder de superação gera expectativa e esperança visando à convivência futura com o filho. Nessa perspectiva, constrangimento, angústia, tristeza e dor, aos poucos, vão sendo modificados e tomam espaço na vida dos pais com outros sentidos (CRUZ et al., 2010).

As representações das mães apreendidas nessa subcategoria apontam o vivenciar da hospitalização do filho objetivado na expectativa e esperança. Nela foram reunidas 17 (23%) unidades temáticas, na qual alguns recortes das histórias podem refletir esses significados:

Seu filho foi prematuro e tem que ficar um pouco mais [...] (P4)
 A esperança [...] (P15)
 Durante 3 dias fique no hospital esperando a recuperação do meu filho [...] (P18)
 O período da gestação foi de muita expectativa e ansiedade pela chegada de 2 filhos [...] ficava sempre na expectativa da hora de ir ao Hospital e isso era a hora mais alegre [...] (P24)

Diante desses relatos visualizou-se os momentos de expectativa e esperança vivenciados pelas mães durante o período hospitalar dos filhos. Quando se procura compreender a notícia dada por um profissional de que o bebê nasceu prematuro e que continuará internado, só resta à mãe manter a calma e a esperança de voltar para buscar o filho com saúde.

Quando a mãe relata que permaneceu três dias no hospital esperando pela recuperação do filho, subtende-se que, apesar do sofrimento e da preocupação, ela vivenciou dias de expectativa pela alta hospitalar do filho. Cabe lembrar que algumas mães não puderam continuar no hospital e foram para casa, somente na perspectiva da desejada visita ao bebê.

Um desenho e sua respectiva história escrita por uma mãe pode representar bem essa subcategoria, pois se observa a expectativa da volta para casa e a esperança da recuperação da filha:

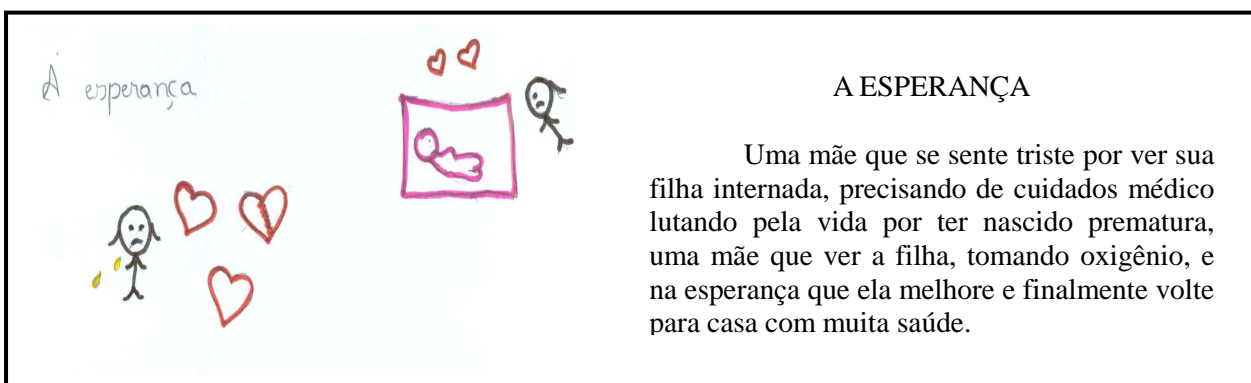


Figura 7: Desenho e história da P15

Em um estudo realizado por Cruz et al. (2010) foi percebido na fala das mães a reação de felicidade quando desejam a recuperação do filho e a expectativa e esperança do momento de conseguir levá-lo para o domicílio. Diante disso, nota-se

que depois de momentos permeados por angústia e ansiedade, a busca do desenvolvimento e recuperação do filho é o que normalmente as mães esperam.

O vivenciar da maternidade enquanto o bebê encontra-se hospitalizado causa nessas mães e seus familiares necessidades e sentimentos repletos de insegurança e expectativa, que devem ser partilhados com outras pessoas do mesmo grupo e com a equipe de saúde. Dessa forma, os profissionais precisam encontrar opções que sejam capazes de facilitar a aceitação dos pais, permitindo, assim, uma atenção apropriada a esta família, contribuindo para o prosseguimento dos cuidados ao bebê quando recebem alta hospitalar (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Segundo Silva et al. (2010) o processo de adoecimento de alguém provoca em seus familiares ansiedade e expectativa, fato esse que se acentua quando o doente é uma criança, principalmente um bebê, pois, normalmente quando esse é hospitalizado, existe o envolvimento de toda a família no processo, e a depender da gravidade do caso, existirá a necessidade de ajustes e adaptações na dinâmica familiar, tendo em vista a busca do equilíbrio.

Contudo, a hospitalização do filho provoca muitas vezes uma crise de identidade parental, com a existência de indefinições dos pais sobre aquilo que podem ou não fazer e/ou daquilo que os profissionais esperam que eles façam. Por isso, fornecer atenção às expectativas dos pais, observando suas necessidades e buscando a negociação de papéis tende a facilitar a adaptação e minimiza o possível conflito entre os profissionais e os pais (REIS, 2007).

No ambiente hospitalar, percebe-se, portanto, a necessidade de nova conduta no atendimento neonatal, onde devem ser considerados não somente os aspectos das necessidades fisiológicas do bebê prematuro, mas de maneira especial aqueles atrelados ao atendimento dos fatores psicoafetivos, que circundam os pais nos momentos das fragilidades inseridas diante das situações de prematuridade (SOUZA et al., 2009).

4.5.2 O Retorno ao Lar – RL

A prematuridade é vista como a principal causa de internação no interior das unidades neonatais, sendo que a grande preocupação dos profissionais envolvidos nesse ambiente não está relacionada apenas com a sobrevivência, mas especialmente, com a qualidade de vida desses bebês. Assim, a alta hospitalar dos mesmos é o momento mais esperado pelos pais, quando o seu íntimo se depara em uma explosão de sentimentos, permeados entre a tranquilidade, alegria e ansiedade (RABELO et al., 2007).

A partir dessa categoria foi objetivada uma subcategoria, que emergiram as representações sociais das mães diante das percepções negativas tendo em vista o retorno ao lar sem o fruto da gestação, ou positivas, quando retornam ao domicílio com o filho nos braços. A mesma será discutida a seguir:

4.5.2.1 A percepção negativa ou positiva no retorno

Para os pais, o processo de hospitalização do filho, frente a procedimentos invasivos, sejam para fins de diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos, não é visualizado como algo simples, pois exige, normalmente, do indivíduo e de seus familiares, uma reestruturação física e psíquica (RIBEIRO; PINTO JÚNIOR, 2009). Com isso, os pais, desejam retornar ao lar o mais depressa possível, na tentativa da reestruturação do seu dia-a-dia.

Na possibilidade do nascimento prematuro, os pais vivenciam inicialmente momentos de angústia, quando retornam ao lar, deixando seu filho internado, voltando apenas durante a visita; e em contrapartida, vivenciam a felicidade quando recebem a notícia que o bebê terá alta e irá junto com eles para casa. Assim, alguns desenhos e histórias das mães podem representar essas ocorrências no retorno ao domicílio.

Na história escrita pela P6 observa-se uma mãe que acompanha seu filho no hospital, porém na incerteza do dia que ele vai para casa nos seus braços, para ficar na companhia dela e de seus familiares.

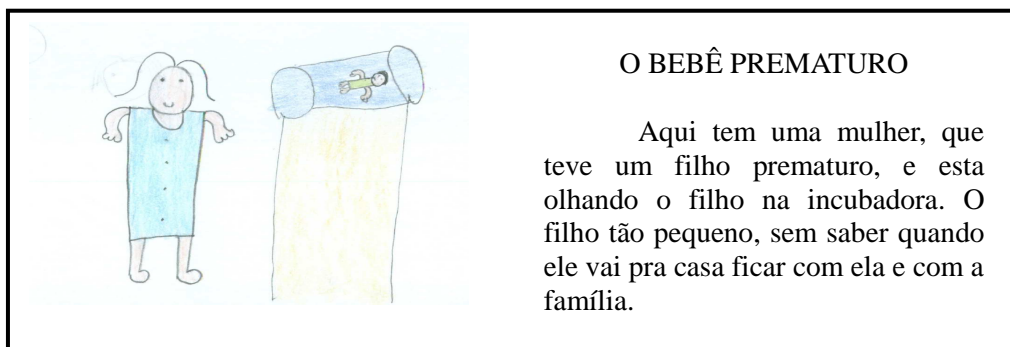


Figura 8: Desenho e história da P6

Já a história da P8 é representada pela tristeza de uma mãe, que recebe alta hospitalar e não pode levar sua filha com ela. No entanto, ela relata que gostaria de ter continuado internada para se manter ao lado da filha, mas o tempo dela ali tinha terminado.

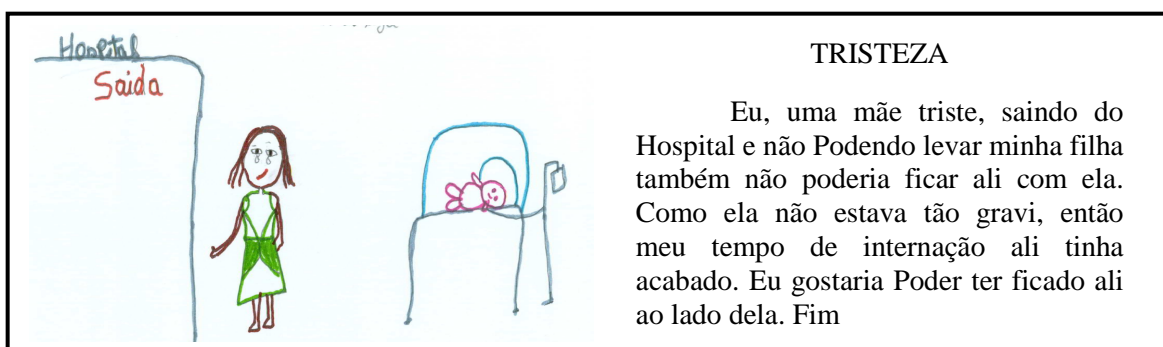


Figura 9: Desenho e história da P8

Ao contrário disso, a P9 demonstra sua alegria em ter a filha ao lado dela durante o período de internamento. Porém, apesar de tê-la do lado, a aflição era considerada grande, pois estavam distantes de casa e do restante da família. Assim, a felicidade parece ter se tornado completa quando recebeu alta e retornaram ao lar, ficando próximas dos familiares.

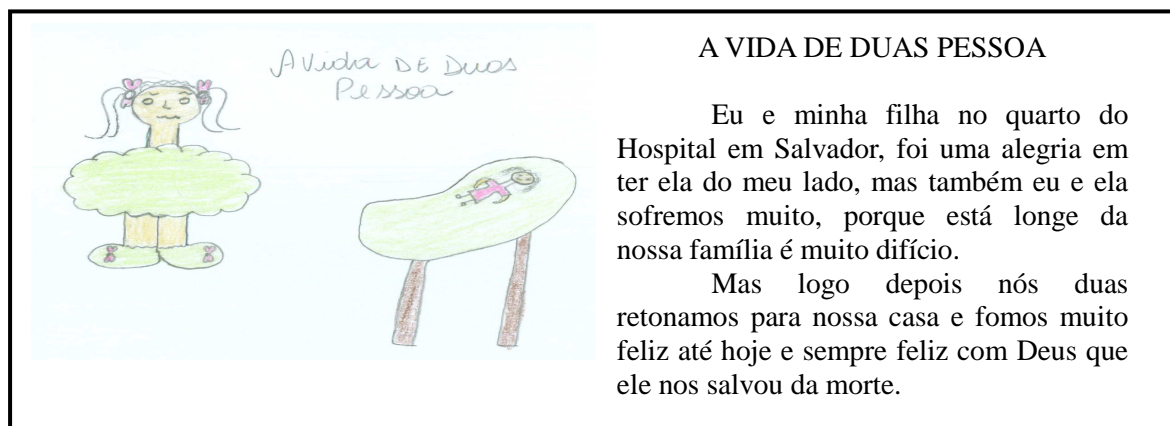


Figura 10: Desenho e história da P9

Alguns recortes das histórias podem representar essa angústia durante o retorno ao lar:

É extremamente difícil “voltar” para casa sem o seu bebê na barriga, nem nos seus braços [...] (P5)
 Vim embora e deixei elas no Hospital [...] com vontade de ver minhas filhas chegar logo [...] (P28)

Durante as entrevistas também se pode observar alguns discursos que retratam essa aflição:

Aí você tem alta e o bebê não, você precisa sair e o bebê tem que ficar, então vai de encontro a tudo que você sonhou, a tudo que você planejou [...] (P5)
 Foi estranho, porque ela ficou no hospital e eu fiquei em casa [...] fiquei dois dias só internada, depois eu vim pra casa [...] (P6)

Analisando os resultados, ressalta-se que P5, representa essa tristeza na utilização dos dois instrumentos de coleta, na entrevista e no desenho. Assim, o sofrimento é muito visível nesse período, visto que o sonho de ter um filho e voltar para casa com ele passa a ser interrompido quando o nascimento do bebê é prematuro.

Diante dessa subcategoria pode-se visualizar que as representações sociais das mães ligadas ao retorno ao lar frente à hospitalização do filho prematuro estão mais relacionadas com a tristeza do que com a alegria. As lembranças mais marcantes para elas foram quando retornaram aos lares sem a companhia dos filhos.

Para Fraga et al. (2009) voltar para o domicílio, deixando o filho internado, é considerado um dos momentos mais frustrantes e tristes. Esse fato vem a incomodar não apenas a mãe, mas todos os familiares envolvidos. O choro, então, torna-se

frequente devido às angústias vivenciadas, e é importante que o mesmo não seja reprimido, e sim valorizado.

Em um estudo realizado por Siqueira e Dias (2011) observou-se que a notícia da alta hospitalar era um momento esperado de forma apreensiva. Algumas participantes do estudo relataram que foram para seus lares tristes. Outras permaneceram internadas até o recebimento da alta do filho. E ainda tinham aquelas que sofriam por querer estar no hospital ao lado do filho e, ao mesmo tempo, dar assistência em casa. No entanto, a maior parte delas contou com o apoio dos familiares durante o período da hospitalização do bebê.

Para Araújo e Rodrigues (2010) manter a mãe na unidade hospitalar juntamente com o filho pode trazer alguns benefícios como o enfrentamento do desafio de ter um bebê pequeno, estar perto do filho prematuro, e a contribuição para uma recuperação mais rápida e eficaz. Assim, as mães ficam menos inseguras, e quando retornam às suas casas, vivenciam a alegria do retorno ao lar com seus filhos saudáveis.

4.5.3 Cuidado Materno Diante da Fragilidade do Prematuro – CMDFP

Cuidar de um bebê prematuro, diante de suas particularidades e especificidades, requer conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, envolvendo um cuidado peculiar durante a hospitalização e sua continuidade após a saída do hospital (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Portanto, a literatura vem destacando a importância de se preparar as mães durante todo o período de internamento para a alta hospitalar, a fim de minimizar a ansiedade materna e aumentar a confiança das mães ao cuidar do bebê prematuro no domicílio, e conseqüentemente, promover a facilitação da adaptação da família à criança e estimular a interação mãe/filho (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Assim, foram apreendidas as representações sociais das mães ancoradas nessa categoria e objetivadas na subcategoria caracterizada pelo *amor retratado no cuidado*. Convém evidenciar que a temática encontrada nessa subcategoria emergiu nos três instrumentos desse estudo, convalidando, por conseguinte, seus resultados.

4.5.3.1 O amor retratado no cuidado

Atualmente percebe-se a carência de profissionais, de tempo e de materiais didáticos que possam auxiliar as mães no sentido de orientá-las para os cuidados dos filhos na condição de prematuridade após a alta hospitalar. Os treinamentos costumam ser individuais, normativos, não existindo a troca de experiências e a utilização de técnicas criativas (FONSECA et al., 2007). Assim, permeado pelo amor as mães constroem seus cuidados de forma particular e desempenham seus papéis maternos com intensa dedicação.

Essa subcategoria vem, portanto, desvelar o amor retratado no cuidado ao filho prematuro. Deste modo, 30 unidades temáticas foram destacadas no decorrer das histórias oriundas do Desenho Estória com Tema, sendo que alguns recortes das histórias podem ratificar essa temática:

É maravilhoso poder aconchegar o bebê nos braços [...] cuidá-lo com o amor que há mais puro no universo [...] (P5)
 De uma mãe que cuida dos seus filhos [...] (P12)
 É muito valioso para mim cuidar dele [...] amo muito este filho [...] (P21)
 Cuido muito bem delas por que eu amo muito [...] (P28)

Alguns desenhos e suas histórias completas podem demonstrar esse amor e cuidado frente ao filho prematuro:

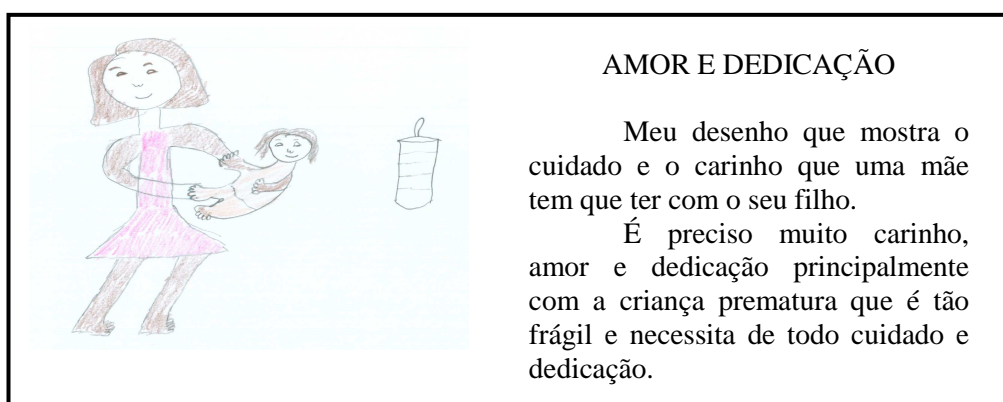


Figura 11: Desenho e história da P7

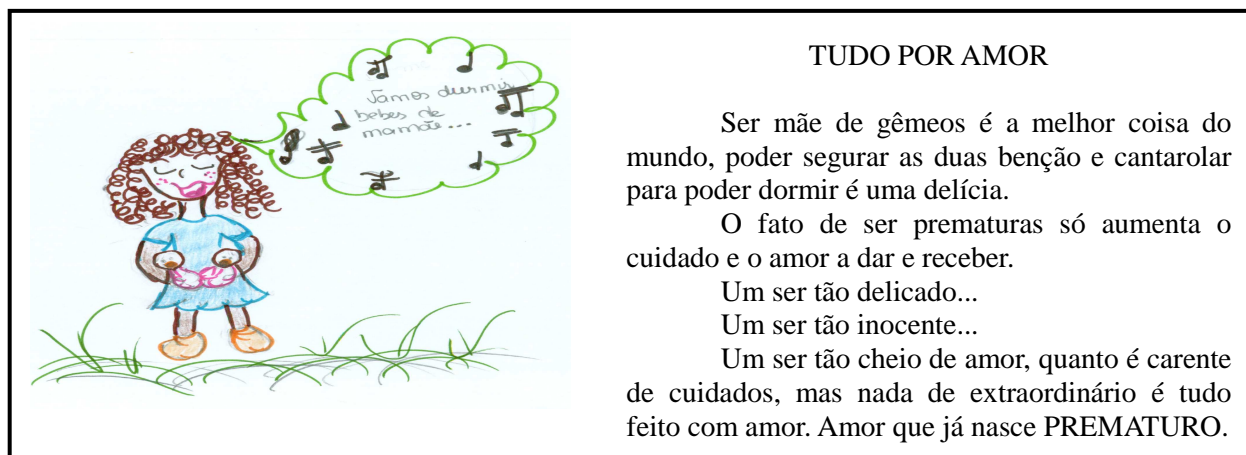


Figura 12: Desenho e história da P10

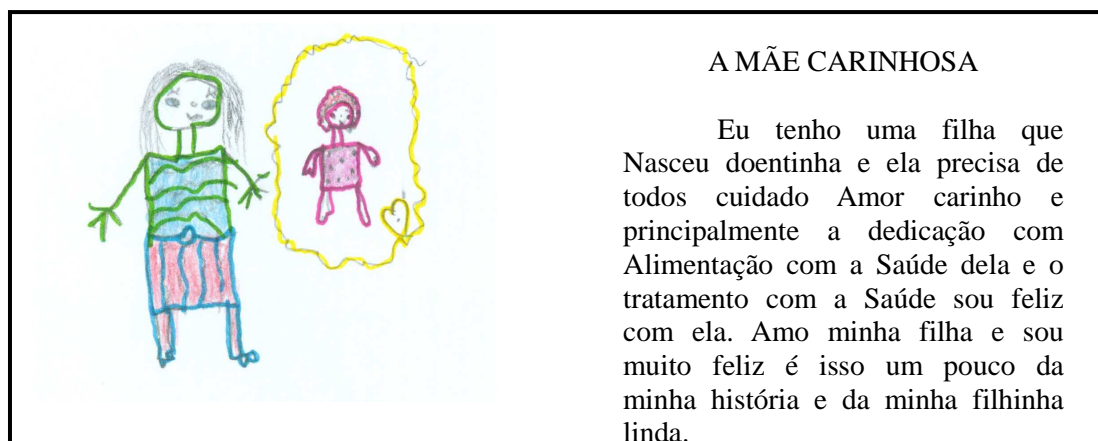


Figura 13: Desenho e história da P13

Pode-se observar a seguir que a mesma mãe (P7) que transmite o amor e o cuidado na técnica do desenho também os revelam durante a entrevista. Ela ressalta a fragilidade do seu filho, por ter sido prematuro, e diz que o amor e o cuidado a ele devem existir sempre.

Pois é uma criança tão frágil, qualquer coisinha pega uma gripe, um resfriado e isso em uma criança prematura pode ser fatal, uma simples gripe pode ser um alarme, então é o cuidado e o amor nunca deve faltar [...] (P7)

Durante a realização do teste de associação livre de palavras quando foi oferecido às mães o estímulo indutor “associe cinco palavras ao cuidar de um filho prematuro”, percebeu-se que as palavras *amor* e *cuidado* foram as únicas que fizeram parte do núcleo central do quadro de quatro casas (Figura 1). A palavra amor foi pronunciada 25 vezes e teve ordem média de importância de 1,680; enquanto que a

palavra cuidado foi emitida 20 vezes e possuiu ordem de 2,950. Assim, pode ser observado neste estudo, que quando a mãe precisa cuidar de seu filho, sendo prematuro, transcorre principalmente pelo sentimento de amor e pelo ato do cuidado.

Compreende-se que a espera de um filho saudável e nascido no tempo apropriado é completamente diferente da realidade de ter um filho que nasce antes do tempo e que necessita de cuidados especiais. Entretanto, nem todas as mães estão preparadas para o cuidado de um filho prematuro no domicílio e tal fato pode se revelar angustiante de certa forma. Para superar essas dificuldades, as mães necessitam de equilíbrio emocional, de afeto e dedicação durante os cuidados domiciliares.

O amor e o cuidado encontrados no presente estudo reforçam os encontrados no estudo realizado por Morais (2008), denominado “O cuidado à criança prematura no domicílio”. Tal estudo demonstrou que as mães atendem às necessidades fisiológicas básicas do cuidado de um filho como alimentação, higiene, sono e repouso, dentre outras e, também, proporcionam o apoio emocional através de carinho, brincadeiras e amor. Afirma ainda que a maneira de cuidar pode revelar sentimentos de afeto, apego, prazer; mas também reforça sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção do crescimento e desenvolvimento saudável.

No entanto, o contexto familiar e a moradia proporcionam uma grande influência na recuperação do bebê prematuro e no seu processo de desenvolvimento. Normalmente, a criança que necessita de cuidados especiais, que passou por uma unidade neonatal e por uma equipe de especialistas, sofre um impacto quando recebe alta hospitalar e chega ao domicílio, pois o mesmo, algumas vezes não possui infraestrutura adequada para o recebimento dessa criança, além de ser uma situação, na maioria dos casos, completamente nova para a cuidadora principal - a mãe (FONSECA; MARCON, 2011).

Segundo Zagonel et al. (2003), o cuidar de um filho abrange diversas tarefas, as quais são desenvolvidas, tendo em vista a personalidade e experiência da mãe. Todas as ações relacionadas ao cuidado devem objetivar a superação das dificuldades, que são identificadas nesse vivenciar, por meio da aproximação, da perspicácia e desenvoltura durante a observação e percepção dos indicativos que sugerem alguma instabilidade.

No estudo realizado por Siqueira e Dias (2011) observou-se que a experiência do cuidado diário do filho prematuro desenvolveu a construção de uma relação baseada no sentimento do amor, pois as falas das mães asseguravam que era evidente o prazer de saber que durante a amamentação do bebê, havia uma contribuição para seu crescimento e desenvolvimento.

Essa ação de cuidar realizada pelas mães é evidenciada através das perspectivas de tocar, pegar, alimentar, trocar fraldas, dar carinho, estimulando o desenvolvimento do filho, logo, auxiliando no processo de recuperação dele de maneira positiva. Diante disso compreende-se que para essas mães, o cuidar se torna mais que uma ação, pois pode ser considerado um ato de amor, de reconhecimento do filho e, conseqüentemente, de seu papel de mãe (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Portanto, para que os cuidados possam ser prestados pelas mães nos seus lares, os profissionais de saúde devem orientá-las durante o período de internamento, fundamentando as especificidades do prematuro, com o intuito de gerar compreensão por parte das mães, não adotando referências que venham a confundi-las. Vale frisar que, nessas orientações devem ser incluídas as intercorrências que podem acometer seus filhos, preparando os pais e familiares no sentido de fazer com que eles sintam-se seguros para intervir de forma correta, caso haja necessidade (MORAIS, 2008).

4.5.4 Apoio Durante a Hospitalização – ADH

A prematuridade institui um relevante problema devido às altas taxas de morbimortalidade apresentadas e pelos riscos de sequelas que podem ser desenvolvidas nestes bebês. No entanto, a família, por sua vez, também prematura, nem sempre dispõe de recursos pessoais e/ou sociais para suportar esta situação estressante, podendo desenvolver, com isso, conflitos de diversas ordens (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

Deste modo, esse período que o filho se encontra hospitalizado pode gerar certo impacto na família, visto que os pais a partir dessa situação conhecem, normalmente, diversas dificuldades durante a tentativa de reorganizar suas emoções (REIS, 2007). As

mães, por estarem de alguma forma, mais próximas do filho prematuro, necessitam, muitas vezes, de apoio das pessoas que as rodeiam.

Segundo Rapoport e Piccinini (2006) cada mãe inserida nesse contexto pode necessitar de distintos tipos de apoio, em diversas circunstâncias, seja em uma simples orientação, uma ajuda prática ou até mesmo singela palavra de carinho e conforto. Muitas vezes, essa ajuda pode não ser solicitada ou nem mesmo recebida de forma voluntária, mas só em saber que existe alguém com quem ela possa contar, possui um ímpeto bastante positivo.

Assim sendo, as representações sociais das mães se ancoraram nessa categoria, na qual vem revelar a importância do apoio durante o período de internação dos seus filhos, seja apoio paterno, apoio dos profissionais ou apoio espiritual. Vale lembrar que o apoio profissional já foi discutido anteriormente em uma das subcategorias originadas das entrevistas.

4.5.4.1 Apoio paterno

O apoio conjugal influencia de forma indireta o bem-estar psicológico da mãe ou pai e os seus diferentes comportamentos. Além do que, quando um dos cônjuges por algum motivo se estressa, ele é menos afetado emocionalmente diante de eventos aversivos quando o outro parceiro é um indivíduo compreensivo, que lhe oferece conselhos e assistência (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Essa subcategoria demonstra a importância do apoio paterno à mãe do prematuro, a qual normalmente recebe a maior sobrecarga emocional e física durante o processo de hospitalização. Entretanto, é importante assinalar que apesar desse estudo apresentar 83,3% de mães com companheiro, apenas uma mãe trouxe a representação da relevância do apoio paterno nesse contexto. Portanto, através da história a seguir pode-se conceber uma mãe ressaltando a satisfação em ter seu companheiro ajudando-a na superação desse momento de angústia:

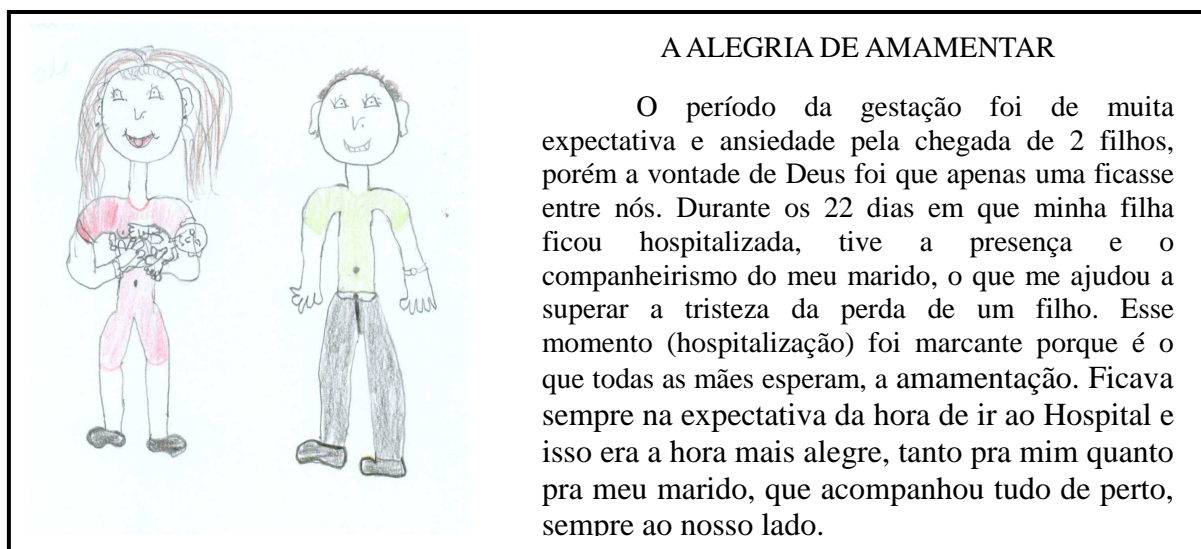


Figura 14: Desenho e história da P24

Observando a história escrita pela P24 percebe-se que a sua gravidez era de gêmeos, porém um dos bebês veio a falecer. Logo, além da hospitalização do bebê sobrevivente ao parto prematuro, veio à dor e o sofrimento da perda do outro filho. Entretanto, ela destaca a importância do apoio e do companheirismo do marido na superação dessa situação.

Segundo Silva et al. (2010), a ausência de um companheiro compõe mais um momento de dor durante o vivenciar da hospitalização de um filho, além da ausência de outros filhos. Dessa forma, para encarar os obstáculos atribuídos dessa situação, surge a necessidade do suporte, nesse caso, representado pelos familiares.

No estudo realizado por Rapoport e Piccinini (2006) foi observado que a maior parte das mães consideradas adultas solicitava o apoio paterno constantemente, no qual havia uma reação positiva dos companheiros, no momento em que alguma ajuda era solicitada, enquanto outras não precisavam nem pedir, pois estes tomavam a iniciativa. Para esses pais o papel ideal deles era dar atenção, carinho, apoio e compreensão às mães e familiares.

No entanto, para esse apoio paterno ser inserido de forma abrangente, deve ser enfatizado também a importância da presença paterna na unidade neonatal, e não somente da mãe. Esse modelo tradicional de assistência que, de certa maneira, propunha a participação materna, precisa ser repensado e discutido, no sentido de

incorporar a presença do pai no hospital, com a finalidade de aprender a trabalhar com essa realidade vivida, implementando condutas para definir e garantir seu real papel no cuidado do filho (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

4.5.4.2 Apoio espiritual

A impotência diante do filho hospitalizado e o medo geram a necessidade da fé em Deus e a adaptação do internamento do filho torna-se muitas vezes uma tarefa difícil, transformando em um misto de fraqueza e angústia. As crenças reforçam seus comportamentos e atitudes, tal como fortalece o anseio da recuperação e cura dos bebês. Diante da fragilidade, tristeza e angústia condicionadas à hospitalização do filho, a procura do divino é intensificada no sentido da manutenção da esperança, pois nos momentos mais difíceis o indivíduo se apega na fé (FROTA et al., 2007).

Assim, observa-se que algumas histórias escritas pelas mães retrataram a importância divina, pois agradecem a Deus pela recuperação dos filhos.

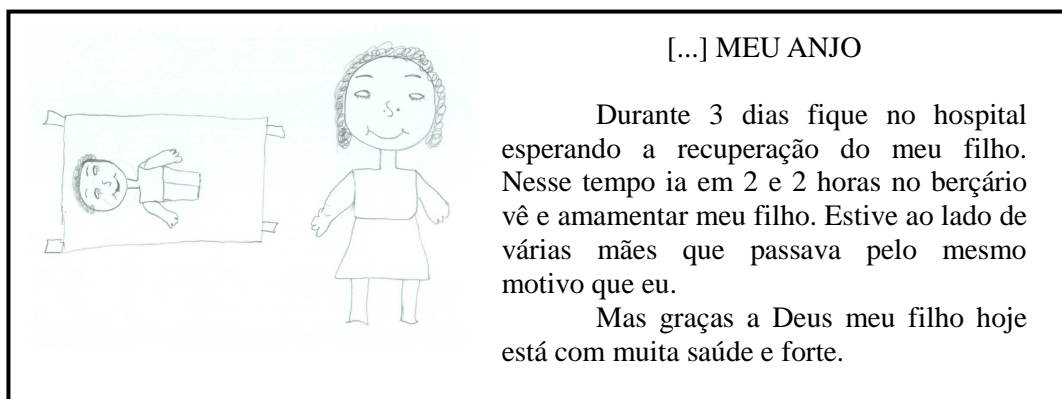


Figura 15: Desenho e história da P18

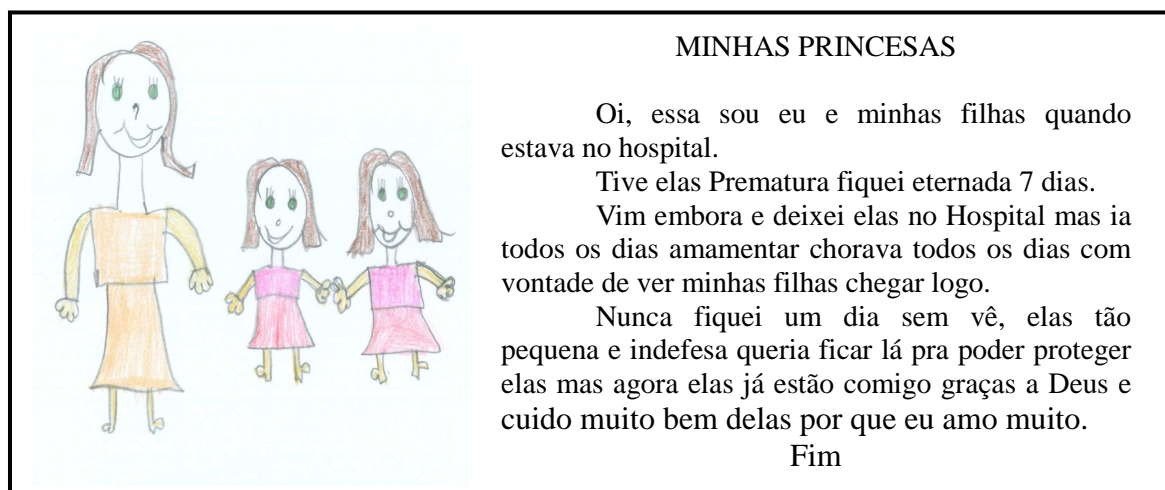


Figura 16: Desenho e história da P28

Analisando um recorte das histórias observa-se a representação da felicidade objetivada em Deus por ter salvado mãe e filho da morte; em outra, observou-se a solicitação da mãe se referindo à recuperação da criança:

Sempre feliz com Deus que ele nos salvou da morte [...] (P9)
 Todos os dias eu ia ver ela morrendo de saldades pedino a Deus que ela melhorasse e vinha logo comigo pra casa [...] (P30)

Segundo Pinto, Ribeiro e Silva (2005) a busca incessante pelo apoio espiritual está presente na experiência das famílias de crianças hospitalizadas, uma vez que os auxiliam e ajudam a suportar a complexa convivência da enfermidade, e, por conseguinte, sua hospitalização. Assim, essas famílias procuram se apoiar em Deus, tendo em vista um maior conforto diante desse obstáculo.

No estudo realizado por Iserhard et al. (2009) sobre práticas culturais de cuidados de mães de recém-nascidos de risco, foram apontadas por duas participantes, evangélicas, que a fé em Deus e as orações direcionadas aos filhos era o único ritual que costumavam seguir, pois para elas isso estabelecia suas crenças e eram suficientes para a melhoria de saúde das crianças. Com isso compreende-se o poder e a força da religiosidade dos seres humanos, quando, de alguma forma, experienciam qualquer situação dificultosa.

Normalmente, a fé em Deus e a esperança de cura passam a ser fontes de sustentação diante do internamento de um filho na condição de prematuridade. O

recebimento da alta hospitalar materna, deixando o filho no hospital, requer amadurecimento ao tentar compreender esse fato, uma vez que se entende como uma situação de complexa aceitação, na qual ela necessita de suporte espiritual para não se desesperar e superar as dificuldades.

4.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES ACERCA DO CUIDAR DE UM FILHO PREMATURO

O processo de apreensão das representações sociais das mães acerca do cuidar de filho prematuro nos consentiu o acesso aos conteúdos latentes inseridos nas memórias de cada uma das mães, uma vez que elas não poderiam demorar de mencionar as palavras relacionadas ao estímulo indutor fornecido durante o Teste de Associação Livre de Palavras. Cabe mencionar que esse teste foi realizado a fim de fortalecer o estudo, no sentido de tentar convalidar os outros dois instrumentos utilizados.

A partir do Teste de Associação Livre de Palavras e, posteriormente, de sua análise foi construído o quadro de casas (Figura 1) com os elementos necessários para definir o núcleo central de uma representação, elementos de contraste e seus elementos periféricos. Com isso, pode-se observar que das 16 palavras evocadas, duas fizeram parte do núcleo central, quatro constituíram os elementos da 1ª periferia, duas compuseram os elementos de contraste e oito instituíram os elementos da 2ª periferia. Deve ser lembrado que das 16 palavras pronunciadas, 08 já foram proferidas no decorrer da discussão dos outros instrumentos de coleta, devido à triangulação dos dados.

Assim, a partir do estímulo indutor “*cuidar de um filho prematuro*” as mães participantes do estudo explanaram suas representações sociais. Dessa maneira encontrou-se o *amor*, que enquanto sentimento incondicional está relacionado ao seu papel de mãe durante a convivência com o filho; e o *cuidado*, que enquanto atitude, diz respeito ao desejo de ver a melhora de seu filho a cada dia. O amor e o cuidado aparecem fazendo parte do núcleo central desses resultados. Para Barros; Trindade

(2007) ser mãe é cuidar dos filhos, estando sempre ao lado deles, transmitindo-lhes amor e carinho, mesmo que isto implique sacrifícios.

Em seguida, analisou-se os elementos da 1ª periferia, constatando que para uma mãe cuidar de um filho prematuro ela lida com a *angústia* de ter uma criança frágil que depende dos seus cuidados; necessita de *atenção* para conseguir atingir a melhora adequada para seu filho; torna-se imprescindível a presença do *carinho* para que ela tenha dedicação ao seu filho; e por fim, a *paciência*, elemento primordial para a aceitação no cuidar de um filho com necessidades especiais.

Por conseguinte, observou-se os elementos de contraste, onde o *medo* aparece como o receio de cuidar de uma criança com particularidades específicas, e a *prevenção* surge como precaução tomada pela mãe para que o bebê não desenvolva nenhuma intercorrência.

E, por fim, considerou-se os verdadeiros elementos periféricos por possuírem menor frequência e importância para as participantes. Notou-se aqui que a palavra *superação* pode ter relação com a palavra *alegria*, pois se considera que superar as dificuldades do cuidado de um filho prematuro é motivo de alegria para essas mães. Compreende-se que elas necessitam de *dedicação* para alcançar seus objetivos, pois esses bebês possuem total *dependência* de suas mães. Ainda, observa-se que as mesmas passam por *dificuldades* durante o período mais crítico do cuidado, adquirem *experiência* nesse contexto, acabam por *proteger* cada vez mais seus filhos e, com isso, passam a ter mais *responsabilidade*.

Vale salientar que, apesar das transformações que vêm ocorrendo nas relações de gênero, principalmente nos últimos anos, a maternidade moderna ainda se encontra condicionada, especialmente, no ideal de boa mãe, através dos cuidados maternos, e no amor incondicional, através da atenção e carinho (BARROS; TRINDADE, 2007). Esse amor incondicional e os cuidados maternos podem ser caracterizados, portanto, como elementos essenciais para o desenvolvimento das habilidades físicas e psicológicas do filho, uma vez que é necessário para a mãe superar suas dificuldades ao cuidar do filho prematuro.

No estudo realizado por Siqueira e Dias (2011) onde se buscou a percepção materna sobre a vivência e aprendizado do cuidado de um bebê prematuro, foi

verificado que a ansiedade, insegurança e dúvida foram evidenciadas pela maioria das mulheres. Essas mães refletiram sobre a importância de serem capacitadas durante o período que seus filhos ficaram hospitalizados e como eram importantes esses ensinamentos sobre os cuidados no ambiente domiciliar. Elas revelaram que dia após dia, foram se adaptando à rotina dos cuidados necessários ao bebê, vencendo o despreparo e o medo, e que essa vivência diária do cuidado originou a construção de uma relação de amor.

Os resultados encontrados em estudos recentes demonstraram também a importância de um acompanhamento mais frequente pelos profissionais de saúde com o intuito de preparar as mães para o cuidado após a alta hospitalar, a fim de instrumentalizá-las para o enfrentamento de possíveis intercorrências e de tranquilizá-las em relação ao desenvolvimento do filho, entendendo que a continuidade do cuidado em domicílio será realizada pelos pais (MORAIS, 2008; FONSECA; MARCON, 2011).

Dessa forma, deve existir uma compreensão, de que os profissionais precisam não envolver somente a criança no cuidado durante a hospitalização, mas também reunir seu universo de relações, considerando que a família e a criança se tornam um só cliente. A partir dessa conduta, o foco da assistência estará centrado na humanização, e fará com que a família também se sinta acolhida e valorizada (SANTOS et al., 2011).

Portanto, a inquietação dos pais após o nascimento do filho prematuro e durante a hospitalização do mesmo concentra-se na sobrevivência dele e, após a alta hospitalar, passa a ser substituída pela manutenção da saúde e busca de melhorias para o seu desenvolvimento (MORAIS, 2008).

Os resultados encontrados mostram que a percepção do senso comum acerca do cuidar do filho prematuro demonstra dificuldades, as quais estão principalmente relacionadas aos seus sentimentos e às suas limitações, no entanto, conseguem superá-las, pois possuem, sobretudo, força de vontade para vencer os obstáculos encontrados.

Considerações finais

Estar com o “seu bebê” nos braços depois dessa longa espera é algo indescritível... É como se, de repente, o mundo se tornasse um lugar mais bonito, mais perfeito, mais completo.

(Recorte da história da P5)

A utilização de uma abordagem multimétodos, com aporte na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central permitiu o alcance dos objetivos propostos, uma vez que as representações sociais das mães acerca da hospitalização do prematuro e do cuidar materno foram apreendidas. Assim, foram analisados o conteúdo e a estrutura das representações, relacionando-os às experiências das mães durante o período de hospitalização dos filhos e após a alta hospitalar.

Na categoria relacionada aos sentimentos e significados frente à hospitalização de um filho prematuro, se observou que as mães revelaram seus próprios modos de sentir e vivenciar a situação. Diante dos relatos percebeu-se que manter um filho hospitalizado transcorre em tristeza, dúvida, ansiedade e temor. Mas, apesar de todas as dificuldades, elas conseguem superar os obstáculos e ficam felizes quando conseguem ver o filho se recuperando.

Quando se fala em hospitalização do bebê e suas influências, notou-se que a maior parte das mães relatou que a hospitalização trouxe alguma influência, seja no cuidado após a alta hospitalar ou na melhoria da relação mãe/filho. Para elas, a atenção e o cuidado nos domicílios foram mais intensos e a hospitalização, na maioria dos casos, intensificou a aproximação entre esse binômio. No entanto, cabe ressaltar que não foram encontrados estudos relacionados a essa temática, logo, isso gerou uma limitação na discussão desse contexto.

Portanto, já que a hospitalização do bebê pode trazer influências positivas, compete à equipe de saúde proporcionar a aproximação entre esse binômio, mãe/filho, desde o período do internamento, auxiliando as mães no fortalecimento da interação e nas orientações relacionadas ao cuidar materno de seu filho.

Em relação ao suporte dos profissionais oferecido às mães constatou-se que algumas delas receberam atendimento satisfatório dos profissionais, pois lhes forneceram atenção e acolhimento, em contrapartida, outras revelaram não ter tido nenhum tipo de apoio deles. Quanto às orientações recebidas, observou-se que determinadas mães foram bem informadas quanto ao cuidado prestado aos bebês no domicílio, contrapondo-se a algumas que relataram não terem recebido essas orientações. Nota-se, assim, que nem todos os profissionais responderam às expectativas das mães, pois além de não terem sido atenciosos, não realizaram o

processo de educação em saúde, uma vez que esse tem a atribuição de orientar e nortear os pacientes e seus familiares.

Durante a hospitalização dos bebês, percebeu-se que as mães conviveram com a perspectiva da alta hospitalar, na esperança da melhoria do quadro clínico, e, só se sentiram completamente satisfeitas e aliviadas quando retornaram aos lares com o bebê nos braços.

Outro ponto destacado pelas participantes foi que diante da fragilidade do prematuro, o *amor* e o *cuidado* foram considerados elementos primordiais para o desenvolvimento do bebê no domicílio. Concomitante a esse resultado, apresentou-se os elementos caracterizados como estruturais, constituintes do Núcleo Central, que também foi formado por esses dois termos. Assim sendo, observa-se que o sentimento do amor e a atitude do cuidado frequente são essenciais para a recuperação e sobrevivência da criança prematura.

Também foi destacada a importância do apoio paterno durante a hospitalização, o qual se refere ao suporte do companheiro durante o internamento do bebê; além disso, o apoio profissional, advertindo o relevante papel dos profissionais ao acompanharem as mães; e, ainda, o apoio espiritual, uma vez que se tornou essencial a necessidade do amparo em Deus, na confiança da superação de todos os empecilhos. Logo, o apoio a essas mães deve existir em todos os sentidos, pois o estado emocional delas, nesse período, normalmente, encontra-se abalado e fragilizado.

Por fim, diante dos elementos representacionais apreendidos acerca do cuidar de um filho prematuro, compreendidos sob o ponto de vista estrutural, constatou-se que as mães dos bebês prematuros necessitam de instruções por parte dos profissionais de saúde, ainda no momento que os bebês encontram-se hospitalizados. Considera-se que através da educação em saúde, de orientações pertinentes sobre o cuidado dos bebês no domicílio, a preocupação e a aflição dessas mães poderão diminuir.

Portanto, é pertinente que os profissionais de saúde, que lidam com essa problemática, possam ser sensibilizados quanto às suas condutas e atitudes diante das mães, valorizando seus aspectos psicológicos, procurando reconhecer o momento de vulnerabilidade, na tentativa de proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado e humanizado.

Os profissionais devem procurar minimizar o sofrimento das mães, acolhendo-as e transmitindo informações precisas sobre o estado de saúde dos bebês, no sentido de sanar suas dúvidas e incertezas. Dessa forma, elas ficarão menos ansiosas, menos tristes, e poderão auxiliar melhor na recuperação de seus filhos.

Por conseguinte, este estudo pretende contribuir para o fortalecimento das políticas de humanização em saúde, diante de ações que possam modificar a qualidade da assistência neonatal, de modo que possibilite, não somente, a assistência ao bebê prematuro enquanto está hospitalizado, mas também, às mães, preparando-as para a situação que estão vivenciando.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

ALMEIDA, A. K., SILVA, D. B., VIEIRA, A. C. B. Percepção dos pais em relação ao atendimento do RN prematuro em UTI Neonatal do hospital materno infantil de Goiânia-GO. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/view/344/226>>. Acesso em: 10 Set. 2011.

ANADON, M.; MACHADO, P. B. **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Salvador: UNEB, 2001. 87 p.

ANDRADE JÚNIOR, H.; SOUZA, M. A.; BROCHIER, J. I. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 43-50, 2004.

ANDREANI, G; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 115-126, jul./dez. 2006.

ARAGÃO, V. M. F. et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 57-63, 2004.

ARAÚJO, B. B. M; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.180-186, 2008.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, v. 16, n. 1, p. 120-128, 2007.

ASSUNÇÃO, P. L. **Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande/PB, Brasil**: um estudo de caso-controle. 2010. 141 f. Tese (Programa de Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BALDISSARELLA, L. DELL'AGLIO, D. D. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma UTI Neonatal. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 68-89, 2009.

BARBOSA, F. A. et al. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez. 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BARRETO, L. C. L. **Rumo á casa**: entendimentos da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sobre a alta de crianças ostomizadas. 2007. 119 f. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, S. M. M.; TRINDADE, Z. A. Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 2, p. 253-269, 2007.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2006.

BITTENCOURT, I. S. **Educação em saúde**: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários. 2010. 169 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, DF, 2009.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

CAMARGO, C. L. et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2004.

CAMARNEIRO, A. P. F. et al. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 40, n. 2, p. 53-57, 2009.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C.; PINTO, M. N. G. H. R. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 3, p. 444-451, jul./set.

2004.

CENTER DISEASE CONTROL – CDC. **Epi-info**. Acesso em: 31 Ago. 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov>>.

CLOHERTY, J. P., STARK, A. S. **Manual de neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, abr./jun. 2002.

COSTA, S. A. F. et al. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out./dez. 2009.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M.; CATÃO, M. F. F. M. Contribuições teórica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In: COUTINHO, M. P. L. et al. (Org.) **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 50-66.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

COUTINHO, S. M. S.; MENANDRO, P. R. **A dona de tudo: um estudo intergeracional sobre representações de mãe e esposa**. Vitória: GM Gráfica e Editora, 2009. 388 p.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-891, out./dez. 2009.

CRUVINEL, F. G.; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 102-125, 2009.

CRUZ, A. R. M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: part 3: mixed and multiple methods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, set./out. 2007.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 238-244, abr./jun. 2007.

FONSECA, A. A.; COUTINHO, M. P. L. Depressão em adultos jovens: representações sociais dos estudantes de psicologia. In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p. 69-106.

FONSECA, E. L.; MARCON, S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-17, 2011.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**. Ribeirão Preto: FIERP, 2005. 60 p.

FRAGA, T. F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 3, p. 612-619, 2009.

FROTA, M. A. et al. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 323-329, jul./set. 2007.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176 p.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 84-90, 2010.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - **Conteúdo do diretório Cidades@**. Jequié, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

ISERHARD, A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 116-122, 2009.

JEQUIÉ. PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ. Disponível em: <<http://www.jequie.ba.gov.br>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. 420 p.

LÉLIS, A. L. P. A.; MACHADO, M. F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 60-69, out./dez.2009.

LINHARES, E. F. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais**. 2010. 185 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

MEDEIROS, B.; SILVEIRA, J. L. G. C. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecno-científica**, Blumenau, v. 13, n. 1, p. 120-126, out./dez. 2007.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 311-318, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 73-92.

MOLINA, R. C. M. et al. Presença da família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437-444, set. 2007.

MORAIS, A. C. **O cuidado à criança prematura no domicílio**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404 p.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Universitária; 2001. p. 55-87.

NUNES, N. G. **Conhecendo a UTI Neonatal e o trabalho do psicólogo**. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0180.pdf>>. Acesso em 03 set. 2011.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 320 p.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005. p. 573-603.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005. p. 25-60.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 974-981, nov./dez. 2005.

PIRES, V. M. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. 2007. 135 f.

Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.

RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-337, 2007.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007.

REIS, G. M. R. **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança**. 2007. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2007.

RIBEIRO, C. R.; PINTO JÚNIOR, A. A. A Representação Social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009.

RIOS, I. J. A. **Mãe e bebê prematuro extremo: possibilidade de vínculo em situação adversa**. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROCHA, R. C. L. et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 530-535, 2006.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996. 189 p.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998. 110 p.

SALES, Z. N. **Representações Sociais no Diabetes Mellitus**. 2003. 160 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SALES, C. A. et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 20-24, jan./fev. 2006.

SALES, Z. N.; DAMASCENO, M. M. C.; PAIVA, M. S. Organização estrutural das representações sociais do cuidado. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 3, n. 1, p. 28-36, 2007.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 96 p.

SANTOS, R. V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. 2009. 102 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SANTOS, A. M. R. et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-479, 2011.

SANTOS, S. M. R.; FARIA, A. F. S. O; VICENTE, E. J. D. A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. **Hospital Universitário Revista**, Juiz de Fora, v. 33, n. 1, p. 7-15, jan./mar. 2007.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho**. 2007. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, R. C. C. et al. Sentimentos das mães durante hospitalização dos filhos: estudo qualitativo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 23-30, jul. 2010.

SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1267-1275, jun. 2009.

SILVEIRA, A. O.; ANGELO, M.; MARTINS, S. R. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2008.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SOARES, D. C. et al. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 239-245, abr./jun., 2010.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733, set./out. 2009.

TAVARES, A. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 193-203, mai./ago. 2006.

TEIXEIRA, M. A. **Soropositividade de Mulheres para o HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 10, n. 1, p. 139-146, 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 93-101, jan./fev. 2006.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The State of the World's Children 2009**: maternal and newborn health. New York, 2009. Statistic table: basic indicators. p. 118-121.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 47-57, jan./mar. 2006.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations**: manuel version 2. Aix-en-Provence: Lames, 1999.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L.; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006.

ZAGONEL, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada **Processo de hospitalização de prematuros e sua influência no cuidar: um estudo das Representações Sociais**, sobre responsabilidade da pesquisadora **Sumaya Medeiros Botêlho**, da Orientadora Prof^a DSc. **Rita Narriman Silva de Oliveira Boery** e da Co-orientadora Prof^a DSc. **Alba Benemérita Alves Vilela** do Programa de Pós Graduação Enfermagem e Saúde, nível – *Stricto Sensu*, do Departamento de Saúde, os seguintes aspectos:

Objetivos: Aprender as Representações Sociais de mães acerca da influência da hospitalização no cuidar do filho prematuro; traçar o perfil bio-sócio-demográfico das participantes da pesquisa; descrever o processo de hospitalização dos bebês prematuros relatado pelas mães; averiguar se o processo de hospitalização de um bebê prematuro traz alguma influência no cuidar materno após a alta hospitalar; conhecer a concepção das mães de prematuros acerca do acolhimento recebido dos profissionais de saúde que acompanharam seu filho durante o processo de hospitalização; identificar se as mães receberam orientações dos profissionais de saúde sobre o cuidado do bebê prematuro durante a hospitalização e após a alta hospitalar.

Metodologia: A pesquisa constará de um número de no mínimo 30 mães de prematuros e será realizada nos próprios domicílios das informantes. As informações serão coletadas no período de fevereiro e março de 2011. Para coletar as informações será utilizado inicialmente um questionário contendo informações pessoais sobre mãe e filho; em seguida elas responderão em apenas 5 palavras à questão indutora; posteriormente farão um desenho associado ao tema do estudo, dando um título e contando uma história sobre o mesmo; e por fim será realizada uma entrevista, a qual será gravada e discorrerão normalmente nas respostas.

Justificativa e Relevância: É pertinente que a equipe de saúde possa ser sensibilizada quanto às suas condutas e atitudes diante das mães dos prematuros hospitalizados, valorizando seus aspectos psicológicos, procurando reconhecer o momento de vulnerabilidade das mesmas, na tentativa de proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado.

Participação: Será solicitado que o pesquisado verbalize palavras acerca das palavras estímulos propostas pelo pesquisador. E em seguida será realizada entrevista individual, sigilosa, com gravação de áudio na qual o pesquisado responderá questões relacionadas ao tema a partir de um roteiro pré-estabelecido.

Desconfortos e riscos: Esta pesquisa traz riscos mínimos ao pesquisado. O único risco poderá ser o de a informante se sentir desconfortável emocionalmente ao relembrar fatos marcantes. Sendo assim, a pesquisadora questionará se a informante deseja continuar contribuindo com a pesquisa, pois a mesma poderá se recusar a participar deste estudo a qualquer momento e sem nenhum prejuízo.

Confidencialidade do estudo: Este estudo preservará o anonimato, pois os dados coletados serão tratados e analisados de forma sigilosa, sem revelar informações de identificação dos

participantes inclusive em publicações advindas dos resultados.

Benefícios: Os benefícios originados desta pesquisa serão coletivos. Nenhum participante receberá vantagem individual de qualquer espécie.

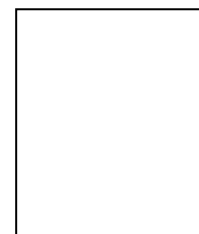
Dano advindo da pesquisa: Não existirão danos a integridade física ou moral dos participantes.

Garantia de esclarecimento: Serão garantidos esclarecimentos adicionais aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento da pesquisa, para tanto serão disponibilizados os contatos dos pesquisadores no presente termo.

Participação Voluntária: A participação dos sujeitos nessa pesquisa é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e o mesmo poderá retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____,
 aceito livremente participar do estudo intitulado “**Processo de hospitalização de prematuros e sua influência no cuidar: um estudo das Representações Sociais**” desenvolvido pelos pesquisadores Sumaya Medeiros Botêlho, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e Alba Benemérita Alves Vilela da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).



Nome da Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

 Assinatura do Pesquisador

Jequié, Data: __/__/__

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Pesquisadora:

Sumaya Medeiros Botêlho

Av. José Moreira Sobrinho, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, s/n, |Jequiezinho, Jequié-BA, CEP – 45200-000.

Telefones para contato: (73)9147-0016; (77)9964-4356.

Jequié – BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B:

UESB - DEPARTAMENTO DE SAÚDE**PROJETO: PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DE PREMATUROS E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDAR: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Número da entrevista: _____

I – INFORMAÇÕES BIOSÓCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade atual: __ __ anos / Idade durante a gestação: __ __ anos
2. Cor: Branca () Amarela () Parda () Origem Indígena () Preta ()
3. Na escola, qual a última série/grau que concluiu com aprovação? _____
4. Situação marital: Com companheiro () Sem companheiro ()
5. Com quem vive? _____
6. Qual sua ocupação? _____
7. Qual a renda familiar mensal? R\$ _____

8. Fuma? _____ Se sim, fumou durante a gestação? _____
9. Bebe? _____ Se sim, bebeu durante a gestação? _____
10. Faz uso de drogas ilícitas? _____ Se sim, fez uso durante a gestação? _____
11. Possui alguma doença preexistente à gestação? _____
12. Na gestação teve desnutrição? _____
13. Na gestação teve anemia? _____
14. Na gestação teve hipertensão? _____
15. Na gestação teve diabetes gestacional? _____
16. Quantos kg ganhou na gestação? _____
17. Passou por algum momento de estresse durante a gestação? _____
18. Sua gravidez foi de gêmeos? _____
-
19. Quantas vezes você já engravidou? _____
20. Quantos filhos você tem? _____
21. Qual o intervalo entre as gestações? _____
22. Houve ocorrência anterior de prematuridade? _____
23. Quantas consultas pré-natais você teve? _____
-
24. Em que cidade seu filho nasceu? _____
25. Seu filho nasceu em hospital: 1() público 2() privado
26. Idade gestacional do filho: _____
27. Tipo de parto: _____
26. Houve alguma intercorrência durante o parto? _____
27. Tempo de hospitalização de seu filho: _____
28. Você amamentou? Sim () Não () Se sim, quanto tempo? _____

II – QUESTÕES ESPECÍFICAS

1. Questão referente ao Teste de Associação Livre de Palavras: “Associe cinco palavras ao cuidar de um filho prematuro.” Agora dê uma ordem de importância às mesmas.

2. Técnica do Desenho Estória com Tema: “Desenhe uma mãe com o filho prematuro no processo de hospitalização”. Agora conte uma história com início, meio e fim, e depois dê um título.

3. Como você descreve o processo de hospitalização do seu filho?

4. Você acha que o processo de hospitalização do seu filho influenciou no cuidado materno e na relação mãe/filho? De que maneira?

5. Como você percebeu o acolhimento recebido dos profissionais de saúde durante a hospitalização do seu filho?

6. Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre como cuidar do bebê durante a hospitalização e após a alta hospitalar?

Entrevistador/a: _____

Tempo da entrevista: _____

APÊNDICE C:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
AUTORIZADO PELO DECRETO FEDERAL N°. 94.150 DE 22.04.1987
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS

Memo s/n

Jequié, 15 de fevereiro de 2011.

Ao Coordenador da Clínica Escola de Fisioterapia da UESB
Prof. Fabiano Veloso

Assunto: Liberação para realização de pesquisa.

Venho através deste solicitar liberação ao coordenador da Clínica Escola de Fisioterapia da UESB para realizar neste local a coleta de dados da pesquisa intitulada “**Processo de hospitalização de prematuros e sua influência no cuidar: um estudo das Representações Sociais**”, a ser realizada no período de março e abril de 2011.

Atenciosamente,

Sumaya Medeiros Botelho

Profª Sumaya Medeiros Botelho



APÊNDICE D:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
AUTORIZADO PELO DECRETO FEDERAL Nº. 94.150 DE 22.04.1987
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS

Memo s/n

Jequié, 14 de fevereiro de 2011.

À Coordenadora do NUPREJ
Att: Dr^a Marta

Assunto: Solicitação de autorização para coleta de dados.

Venho através deste solicitar autorização para realizar no NUPREJ a coleta de dados da pesquisa intitulada “**Processo de hospitalização de prematuros e sua influência no cuidar: um estudo das Representações Sociais**”, a ser realizada no período de fevereiro a abril de 2011.

Disposta para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Recebi em 14-02-11
Raboula

Sumaya Medeiros Botelho

Prof^a Sumaya Medeiros Botelho

APÊNDICE E:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
AUTORIZADO PELO DECRETO FEDERAL N°. 94.150 DE 22.04.1987
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS

Memo s/n

Jequié, 15 de março de 2011.

À Coordenadora da APAE

Assunto: Liberação para realização de pesquisa.

Venho através deste solicitar liberação da coordenadora da APAE para realizar neste local a coleta de dados da pesquisa intitulada “**Processo de hospitalização de prematuros e sua influência no cuidar: um estudo das Representações Sociais**”, a ser realizada no período de março e abril de 2011.

Atenciosamente,

Sumaya Medeiros Botelho

Profª Sumaya Medeiros Botelho

*Recebido em
23/03/2011
(Edna)*

ANEXO



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 15 de fevereiro de 2011

Of. CEP/UESB 028/2011

Ilma. Sra.

Profa. Sumaya Medeiros Botêlho

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

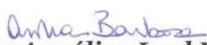
A/C: Profa. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e Profa. Alba Benemérita Alves Vilela

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que aprovamos as alterações realizadas nos objetivos, nos instrumentos de coleta dos dados e no título do projeto de pesquisa “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS**”, **protocolo 203/2010 (0038.0.454.000-10)**, aprovado por este CEP, que passa a ser intitulado “**PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DE PREMATUROS E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDAR: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**”. Na oportunidade, também aprovamos a inclusão do NUPREJ como campo de coleta de dados do referido projeto de pesquisa.

Lembramos que, em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo na *Home Page* do CEP/UESB), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB