



Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

APOIO SOCIAL EM MÃES DE BEBÊS PREMATUROS HOSPITALIZADOS:  
ELABORAÇÃO E EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO

Maihana Máira Cruz Dantas Fonseca

Natal

2016

Maihana Maíra Cruz Dantas Fonseca

APOIO SOCIAL EM MÃES DE BEBÊS PREMATUROS HOSPITALIZADOS:  
ELABORAÇÃO E EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO

Tese elaborada sob orientação da Prof.<sup>a</sup>  
Dra. Eulália Maria Chaves Maia e  
coorientação do Prof. Dr. João Carlos  
Alchieri apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Doutor em Psicologia.

Natal

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes –  
CCHLA

Fonseca, Maihana Máira Cruz Dantas.

Apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados:  
elaboração e evidência de validade de um instrumento / Maihana  
Máira Cruz Dantas Fonseca. - 2016.

151f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte. Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

Coorientador: Prof. Dr. João Carlos Alchieri.

1. Prematuros. 2. Relação Mãe-Filho. 3. Unidades de Cuidados  
Intensivos. 4. Apoio social. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II.  
Alchieri, João Carlos. III. Título.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A tese Apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados: elaboração e evidência de validade de um instrumento, elaborada por Maihana Maíra Cruz Dantas Fonseca, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTOR EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 04 de novembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Eulália Maria Chaves Maia \_\_\_\_\_

Prof. Dra. Isabelle Katherinne Fernandes Costa \_\_\_\_\_

Gabriela de Sousa Martins Melo \_\_\_\_\_

Bernardino Fernandez Calvo \_\_\_\_\_

## **Epígrafe**

*“Tudo tem seu tempo determinado,  
e há tempo para  
todo o propósito debaixo do céu”*

*Eclesiastes 3:1*

## **Agradecimentos**

A Deus, pelo dom da vida.

À professora Dra. Eulália Maria Chaves Maia, pelo incentivo para que eu buscasse sempre aprimorar e partilhar o conhecimento obtido ao longo do doutorado.

Ao professor Dr. João Carlos Alchieri, pela paciência e compreensão. Seus ensinamentos mostraram que é possível aprender e gostar cada vez mais da psicometria.

Aos profissionais e estudantes que fazem parte do Grupo de Estudos Psicologia e Saúde (GEPS), pela maravilhosa convivência durante estes anos de estudo. Eu aprendi e continuo aprendendo com vocês.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que tornou possível a realização de um sonho, que foi fazer parte de um Programa de Doutorado em Psicologia, nesta instituição.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, que deu o suporte necessário para realização desta tese.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

Às instituições que sediaram esta pesquisa, pela oportunidade de acesso a sua infra-estrutura.

Às mães de bebês prematuros hospitalizados que participaram desse estudo, pela disponibilidade, pela dedicação aos seus filhos e pela lição de amor.

À todas as pessoas que compõe a minha rede de apoio social, me faltam palavras para descrever o quanto o apoio disponibilizado por vocês é importante.

## Sumário

Lista de Tabelas .....	vii
Resumo .....	ix
Abstract .....	x
1. Introdução .....	11
2. Aspectos psicológicos no contexto do nascimento prematuro .....	17
3. Apoio social e prematuridade .....	25
4. Objetivos .....	32
4.1 Objetivo Geral .....	32
4.2 Objetivos Específicos .....	32
5. Método.....	33
5.1 Aspectos éticos .....	34
6. Estudo I: Características dos instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social.....	36
7. Estudo II: Definição operacional do apoio social.....	47
8. Estudo III: Elaboração da Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados .....	72
9. Estudo IV: Evidência de validade da Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados .....	89
10. Conclusões.....	132
11. Referências bibliográficas .....	135
12. Anexos.....	141

## Lista de tabelas

Tabela 1. Apoio durante a hospitalização das mães com bebês na UTIN social. Natal/RN; 2014. ....	523
Tabela 2 - Rede de apoio social durante a hospitalização do bebê na UTIN. Natal/RN; 2014. ....	57
Tabela 3- Apoio que é importante ser recebido após a alta do bebê. Natal/RN; 2014..	58
Tabela 4- Definição operacional do apoio social. Natal/RN; 2014.....	62
Tabela 5 - Análise semântica dos itens. Natal/RN; 2015 .....	79
Tabela 6 – Itens que compõe a dimensão de apoio de informação .....	81
Tabela 7 – Itens que compõe a dimensão de apoio emocional. Natal/RN; 2015 .....	81
Tabela 8 – Itens que compõe a dimensão de apoio material. Natal/RN; 2015 .....	82
Tabela 9 – Itens que compõe a dimensão de apoio afetivo. Natal/RN; 2015 .....	82
Tabela 10 – Correção léxica e gramatical. Natal/RN; 2015 .....	85
Tabela 11 – Dados sociodemográficos maternos. Natal/RN; 2016 .....	96
Tabela 12 - Estatística descritiva dos dados sociodemográficos. Natal/RN; 2016. ....	97
Tabela 13 - Avaliação da rede social. Natal/RN; 2016 .....	97
Tabela 14 - Informações biodemográficas da mãe e do neonato. Natal/RN; 2016. ....	99
Tabela 15 – Estatística descritiva das informações gerais da mãe e do neonato. ....	99
Tabela 16 - Autovalor e percentual da variância explicada .....	101
Tabela 17 - Cargas fatoriais na composição dos fatores, Natal/RN, 2016 .....	103



Tabela 18 – Itens que compõe o fator 1 (dimensão de apoio afetivo).	104
Tabela 19 – Itens que compõe o fator 2 (dimensão de apoio material).	105
Tabela 20 – Itens que compõe o fator 3 (dimensão de apoio de informação).	105
Tabela 21 – Itens que compõe o fator 4 (dimensão de apoio emocional).	106
Tabela 22 – Itens que compõe o fator 5 (dimensão de apoio de acolhimento).	106
Tabela 23 – Itens que compõe o fator 6 (dimensão de apoio de atenção).	107
Tabela 24 – Estatística descritiva da avaliação geral e dos fatores da percepção de apoio social.	107
Tabela 25 – Valores de alfa de Cronbach por dimensão	108
Tabela 26 – Comparação geral da percepção de apoio social com as variáveis sociodemográficas	109
Tabela 27 – Comparação do apoio afetivo com as variáveis sócio-demográficas	110
Tabela 28 – Comparação da percepção de apoio material com as variáveis sociodemográficas	111
Tabela 29 – Comparação da percepção de apoio de informação com as variáveis sociodemográficas	111
Tabela 30 – Comparação da percepção de apoio emocional com as variáveis sociodemográficas.	112
Tabela 31 – Comparação da percepção de acolhimento com as variáveis sociodemográficas	112
Tabela 32 - Análise de correlação da percepção de apoio social com variáveis sociodemográficas	113

## Resumo

Esta tese tem como objetivo geral elaborar e verificar evidências de validade de uma escala que avalie o apoio social em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Para tanto, foram desenvolvidos quatro estudos. O estudo I efetuou uma revisão sistemática da literatura que identificou os cinco instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social. Como resultado, foi possível estabelecer uma definição constitutiva do constructo que teve como foco o apoio percebido, sendo este compreendido como multidimensional. No Estudo II, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 18 mães acompanhantes de bebês prematuros que estavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. No que se refere ao apoio que as participantes acharam importante ser recebido durante o momento de hospitalização as categorias mais prevalentes foram apoio de informação e emocional. Com base nos resultados encontrados no Estudo I e nas entrevistas, foi elaborada a definição operacional do apoio social. O Estudo III retratou a elaboração dos itens e a análise de juízes, sendo constatadas evidências de validade de conteúdo. No estudo IV, foi realizada a administração da escala em 218 mães de bebês prematuros hospitalizados. Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, Alfa de Cronbach, análise fatorial exploratória, ANOVA e teste de correlação de *Pearson*. Foram identificadas seis dimensões de apoio sendo os índices alfas de Cronbach e de variabilidade, respectivamente: apoio afetivo ( $\alpha = 0,904$ ; 29,31%), material ( $\alpha = 0,905$ ; 10,25%); informação ( $\alpha = 0,90$ ; 5,80%), emocional ( $\alpha = 0,899$ ; 4,10%), acolhimento ( $\alpha = 0,899$ ; 3,75%;) e atenção (0,901; 3,56%). Além disso, foi constatado um valor global de alfa de 0,92. A Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados apresentou qualidade psicométrica satisfatória e promissora, com evidências de validade de critério, de consistência interna e validade de construto.

Palavras-chave: Apoio social; Prematuro; Unidades de Cuidados Intensivos; Relações Mãe-Filho.

## **Abstract**

This thesis aims at elaborating and seeking evidence for validating a scale that evaluates social support to mothers of hospitalized preterm infants. Therefore, four studies were developed. Study I carried out a systematic review of literature that identified the five most used instruments for assessing social support. As a result, it was possible to establish a constitutive definition of a construct that focuses on perceived support, being understood as multidimensional. Study II carried out semi-structured interviews with 18 mothers accompanying preterm infants who were in the Neonatal Intensive Care Unit. The most prevalent categories regarding the support that the participants perceived as important to receive during hospitalization were information and emotional support. Based on the results found in Study I and on the interviews, the operational definition of social support was elaborated. Study III described the construction of the items and the judges' analysis, where evidence of content validity was elaborated. Study IV applied the scale to 218 mothers of hospitalized preterm infants. Descriptive statistics, Cronbach's alpha, exploratory factorial analysis, ANOVA and Pearson's correlation tests were used for data analysis. The six dimensions of support identified by Cronbach's alpha and variability indices were, respectively: affective support ( $\alpha = 0.904$ , 29.31%), material ( $\alpha = 0.905$ , 10.25%); information ( $\alpha = 0.90$ , 5.80%), emotional ( $\alpha = 0.899$ , 4.10%), reception ( $\alpha = 0.899$ , 3.75%) and care ( $\alpha = 0.901$ , 3.56%). In addition, an overall alpha value of 0.92 was found. The scale for evaluating social support to mothers of hospitalized preterm neonates presented satisfactory and promising psychometric quality, with evidence of criterion validity, internal consistency and construct validity.

**Key words:** Social support; Infant, Premature; Intensive Care Units; Mother-Child Relations.

## **1. Introdução**

Estudos têm constatando uma relação entre o apoio social e a saúde dos indivíduos, assim, tem sido abordada a importância da existência de uma rede social que disponibilize ajuda e apoio. Pesquisas quantitativas realizadas com populações que estão vivenciando um contexto de adoecimento ou de estresse intenso têm efetuado principalmente a avaliação do apoio social percebido. Este pode ser compreendido como um construto multidimensional, que contempla a percepção do indivíduo em relação ao apoio posto a disposição pelas pessoas que compõem a sua rede social (Gonçalves, 2012).

Também não existe uma definição unânime para as dimensões que constituem o apoio social. Entretanto, cinco delas tem sido amplamente utilizadas, sendo: apoio material, emocional, de interação social positiva, afetivo e de informação (Griep, 2003; Sherbourne & Stewart, 1991).

Um momento no qual a ajuda posta a disposição pela rede social é de fundamental importância é o pós-parto ou puerpério. Este é um período que ocorre após o parto, não tendo definição temporal unânime na literatura. Nesse período a mulher vivencia mudanças que vão desde o âmbito social e psicológico, até transformações biológicas, como as mudanças hormonais. Ademais, existe uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Rapoport & Piccinini, 2011).

Rapoport & Piccinini (2011) desenvolveram um estudo que teve como objetivo investigar situações estressantes envolvendo a maternidade no primeiro ano de vida do

infante e o apoio social recebido. Os referidos autores observaram que o apoio social pode trazer benefícios tanto para saúde materna, quanto para a relação mãe-bebê e que em momentos de estresse ele tende a ser mais solicitado. Quando recebido, esse apoio auxilia a mãe em atividades práticas, como as que envolvem o cuidado ao recém-nascido e em aspectos emocionais.

O nascimento prematuro, seguido da hospitalização do neonato na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é descrito como um momento no qual a mulher pode vir a vivenciar estresse intenso. Estudos têm observado uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nas puérperas, o que pode acarretar prejuízos para a relação entre a genitora e seu filho (Airosa & Silva, 2013; Chourasia, Surianarayanan, Adhisivam & Vishnu, 2013; Favaro, Peres & Santos, 2012).

Quando ocorre um parto pré-termo, também chamado de prematuro, além das modificações que são comuns ao puerpério, a mãe precisa lidar com aspectos como a interrupção precoce da gestação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde o nascimento é considerado prematuro quando acontece antes da 37ª semana gestacional (WHO, 1977 *apud* World Health Organization, 2012).

Em alguns casos, a genitora também é demandada a enfrentar a necessidade de hospitalização do seu bebê e a convivência com o ambiente da UTIN. Este ambiente tende a ser descrito como inicialmente assustador, sendo composto por um aparato tecnológico que normalmente é desconhecido para as mães (Anjos *et al.*, 2012).

O apoio social que já é importante ser recebido durante o pós-parto, se mostra como fundamental para que as mães possam lidar de forma mais segura e tranquila com os momentos difíceis associados ao contexto do nascimento prematuro seguido da hospitalização do bebê (Anjos *et al.*, 2012). Os cuidados ao neonato durante o período

em que este permanece na UTIN devem ter como foco não só a sobrevivência e saúde física do bebê, como também a formação de laços que auxiliem posteriormente na efetivação do aleitamento materno e nos cuidados ao recém-nascido após a alta hospitalar (Brasil, 2011).

No Brasil, as mães de neonatos prematuros internados têm a possibilidade, garantida por lei, de permanecerem no hospital como acompanhantes dos seus filhos, até que eles tenham alta. Essa garantia possibilita o contato mais próximo com seus bebês, aspecto fundamental para que elas possam acompanhar e auxiliar nos cuidados aos seus recém-nascidos (Brasil, 1990; Brasil, 2011). Ademais, o alojamento conjunto pode representar um espaço de trocas de aprendizagem, no qual as mães aprendem e ajudam umas as outras (Araújo & Rodrigues, 2010).

Todavia, a vivência de permanecer como acompanhante do seu neonato também é descrita como difícil por algumas genitoras, pois além de necessitar se adaptar a rotina hospitalar e presenciar a realização de procedimentos muitas vezes dolorosos em seus recém-nascidos, essas mães tendem a viver um sentimento de solidão. Ao estarem no hospital, algumas delas referem sentir-se isoladas, por terem reduzido o contato com seus amigos, familiares e em alguns casos outros filhos (Araújo & Rodrigues, 2010).

Oliveira, Veronez, Higarashi e Correa (2013) realizaram um estudo que investigou a vivência de mães de bebês hospitalizados em UTIN. Eles identificaram a importância da rede de apoio neste momento, constatando três fontes principais, os profissionais de saúde, a família e a religiosidade.

Portanto, o momento de internação do neonato pode ser utilizado para identificar e fortalecer as fontes que disponibilizam apoio às genitoras. A puérpera que receber o

suporte adequado pode desenvolver um melhor processo enfrentamento frente à hospitalização do bebê (Oliveira *et al.*, 2013).

Observa-se assim a importância de que seja realizada a avaliação do apoio social percebido pelas genitoras durante o período de hospitalização do neonato na UTIN. Percebendo esta relevância, alguns estudos avaliaram o apoio social em mães de bebês pré-termo (Guimarães & Melo, 2011; McManus & Poehlman, 2012).

Guimarães e Melo (2011) utilizaram a Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire (MOS), validada por Griep (2005). Entretanto, esta não tem uma padronização para o contexto do parto prematuro, tendo sido realizado apenas um estudo que efetuou a avaliação da confiabilidade e estrutura de concordância da escala de apoio social em gestantes. Foi constatado que este é um instrumento que pode medir, de maneira confiável, o apoio social em grávidas de baixa renda, apesar de sugerir que outras pesquisas devem ser realizadas com o objetivo dar continuidade ao processo de validação desta escala para população supracitada (Silva & Coutinho, 2005).

No âmbito internacional, algumas pesquisas têm sido desenvolvidas tendo como finalidade elaborar e validar instrumento que avaliem o apoio social no pós-parto, bem como em mães de bebês hospitalizados em UTIN. Estas salientam a relevância da criação e validação de instrumentos especificamente para este período (Hopkins & Campbell, 2008; Montiroso, 2012).

Assim, construção e verificação de evidências de validade de um instrumento direcionado à avaliação do apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados configuram-se como importante para auxiliar os profissionais de saúde a identificarem as genitoras que se percebem tendo pouco apoio social, possibilitando que sejam realizadas intervenções ainda durante o período de hospitalização do recém-nascido.

Ademais, pela escala proposta neste estudo ser construída para avaliar o apoio social especificamente no contexto do nascimento prematuro, seguido da hospitalização do bebê na UTIN, esta contempla aspectos que são comuns ao período da vivência da mãe como acompanhante do seu filho, como aqueles referentes à permanência da puérpera no hospital e os impactos de estar nesse ambiente cuidando de um neonato pré-termo.

Apesar de já existirem instrumentos para avaliação do apoio social no pós-parto ou em mães de bebês hospitalizados. Estes por terem sido desenvolvidas em outros países não abarcam as especificidades do contexto brasileiro, como a possibilidade das mães permanecerem no ambiente hospitalar, potencialmente estressor, como acompanhantes do seu bebê.

Portanto, a escala desenvolvida na presente tese trás contribuições acadêmicas, tanto no âmbito teórico, ao revisar os principais conceitos abordados nos instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social, quanto na possibilidade de utilização desta escala em outros estudos. Além disso, ao poder ser utilizada por diversos profissionais de saúde e ser de fácil aplicação, ela pode ajudar os profissionais a avaliar de forma mais rápida e eficaz o apoio social percebido pelas mães de bebês prematuros hospitalizados. Ao ser realizada essa avaliação, espera-se que haja um benefício para as genitoras, com a criação de programas de intervenção que visem dar uma melhor assistência aquelas que se percebem como tendo pouco apoio social.

Outro aspecto a ser destacado, é que esse trabalho dar voz as genitoras de bebês prematuros hospitalizados, que muitas vezes permanecem durante meses no hospital, tendo contato reduzido com sua rede de relações sociais. O instrumento criado na presente tese visa dar visibilidade a essas mães, bem como a possibilidade de



identificação daquelas que apesar de não demonstrarem visível sofrimento, vivenciam prejuízos em sua saúde e na relação mãe-bebê associados à baixa percepção de apoio social.

Mediante a importância da construção e verificação de evidências de validade de uma escala que avalie o apoio social em mães de bebês prematuro hospitalizados em UTIN, será aqui abordada a maneira como a presente tese está organizada. Nesta introdução foi feita uma breve explanação do assunto a ser discutido ao longo do trabalho. Na sequência a pesquisa foi estruturada da seguinte maneira: Constatam dois capítulos teóricos: um sobre os aspectos psicológicos no contexto do nascimento prematuro; e outro que discorre a respeito do construto a ser investigado, o apoio social, e estudos que o investigam no contexto do nascimento prematuro. Posteriormente são apresentados os objetivos e o método do trabalho.

O Estudo I especifica as características dos cinco instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social, apresentando os resultados de uma revisão sistemática da literatura. O Estudo II contempla a construção da definição operacional do apoio social, que ocorreu tendo como base o Estudo I e entrevistas semi-estruturadas realizadas com 18 mães de bebês prematuros hospitalizados. O Estudo III refere-se à elaboração da Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados, constando etapas de validação semântica e de conteúdo dos itens feita por juízes expertises na área de apoio social e de materno-infantil, bem como a realização de dois estudos pilotos. O Estudo IV retrata a verificação das evidências de validade da escala construída, sendo utilizada a análise de consistência interna e análise fatorial exploratória. Por fim são apresentadas as principais conclusões.

## **2. Aspectos psicológicos no contexto do nascimento prematuro**

Durante a gestação, a mulher vivencia modificações que vão desde o impacto de descobrir que está grávida, até as mudanças físicas em seu corpo e transformações na interação com seu grupo social mais próximo. Dessa maneira, as genitoras são demandadas a se adaptarem as transformações supracitadas, tendo a possibilidade de desenvolver sua identidade como mãe, sendo um momento que causa impactos não só biológicos, havendo a necessidade de levar em consideração aspectos sociais e culturais (Camacho, Vargens, Progianti & Spíndola, 2010).

Para falar sobre esse período é importante citar uma das autoras que estudaram com ênfase essa temática que é Soifer (1997). Para ela, a gestação é um momento de tensão que pode ser permeado por um estado passageiro de desequilíbrio, em decorrência das transformações vivenciadas pela gestante. Isso demanda que a mulher desenvolva estratégias de adaptação e ajustamento, tanto nos aspectos intra-psíquicos, como na formação de sua identidade e na relação com os outros.

Faz-se premente destacar que a gravidez não inclui apenas a mãe, mas todo o seu contexto familiar. Este ambiente influencia o desenvolvimento da gestação e também as ansiedades, que são específicas a esse período (Soifer, 1977).

Os sentimentos das gestantes e a forma como elas significam o que acontece ao longo do período gestacional precisam ser considerados. Esse é um momento em que elas têm a oportunidade de construir a visão de si mesmas quanto ao seu papel materno e a sua relação com o bebê, o que pode vir a desencadear modificações na forma como elas se percebem e nas relações sociais que estabelecem (Piccinini, Gomer, Nardi & Lopes, 2008).

Apesar de ser um período que acontecer sem maiores consequências negativas, durante a gestação algumas grávidas apresentam intensos sintomas de ansiedade e depressão (Ferreira, Orsini, Vieira, Amarante & Silva, 2015). Quando a mulher tem uma gravidez de alto risco, é comum que além das mudanças típicas a esse período, ela apresente o receio em relação a possíveis agravos a sua saúde e a do neonato, ocasionando a vivência de estresse e de sintomas depressivos (David, Benute, Junior, Nomura, de Lucia & Zugaib, 2008).

O momento de mudanças não é finalizado durante o parto, tendo continuidade no puerpério, período que tem início após o parto, quando a mãe precisa lidar com as transformações no âmbito social, físico e psicológico (Maldonado, 1997).

No pós-parto, a genitora está suscetível a desenvolver transtornos psiquiátricos, sendo os mais comuns a disforia puerperal (também definido como maternity blues, baby blues ou postpartum blues), a depressão pós-parto, a psicose pós-parto e transtornos ansiosos (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó, 2010).

Assim como na gestação, muitas mães não desenvolvem problemas psiquiátricos. Todavia, faz-se necessário reconhecer a importância de se disponibilizar tratamento para aquelas que apresentem esse tipo transtorno (Cantilino *et al.*, 2010).

O Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) não apresenta uma categoria nosológica específica para o pós-parto, mas contém uma nota de acordo com a qual episódios de variações de humor podem estar presentes tanto durante a gestação quanto no puerpério. Sintomas de ansiedade e de depressão durante a gravidez aumentam a possibilidade de desenvolvimento de um episódio depressivo maior no pós-parto. Outro ponto abordado na nota é o puerpério como um período em

que ocorrem modificações neuroendócrinas e adaptações psicossociais específicas (APA, 2014).

Entre os diversos fatores que podem influenciar para que haja uma evolução saudável do puerpério, destaca-se a relação familiar de harmonia e cooperação (Maldonado, 1997). Esta relação pode vir a auxiliar a genitora a lidar com as diversas transformações que perpassam esse período.

Além dos acontecimentos que são comuns ao momento da gestação e do pós parto, existe a situação em que ocorre o parto de um bebê pré-termo. Este tipo de nascimento pode ser classificado de acordo com a idade gestacional, variando de prematuro extremo que é definido quando o neonato nasce com menos de 28 semanas de gestação, muito prematuro com 28 a menos de 32 semanas e prematuridade moderada que vai de 32 a menos de 37 semanas completas.

O aumento na prevalência de partos pré-termos tem sido considerado um problema global. Nascem aproximadamente 15 milhões de bebês prematuros a cada ano e esse tipo de parto está associado a altos índices de mortalidade e de sequelas para a saúde dos neonatos (WHO, 2012).

Complicações relacionadas a esse tipo de nascimento são consideradas a maior causa direta de óbitos de recém-nascidos. Em todo mundo anualmente mais de 1 milhão de crianças vem a falecer em decorrência de problemas relacionados ao parto pré-termo (WHO, 2012).

No Brasil, durante o primeiro ano de vida, 70% dos óbitos acometem recém-nascidos. Essa realidade tem estimulado o desenvolvimento de intervenções que tenham como objetivo reduzir a prevalência da mortalidade neonatal. O país aderiu a um pacto internacional, adotando os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, se

comprometendo com a redução da mortalidade infantil. Em 2009, sob a coordenação do Ministério da Saúde, foi traçada a meta de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal, tendo como ênfase as regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro (Brasil, 2011).

Seguindo o contexto de buscar melhorias para a assistência humanizada ao recém-nascido, foi criada a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Trata-se de uma proposta de assistência que visa proporcionar mudanças de paradigma no atendimento prestado ao neonato no Brasil, ampliando os cuidados fornecidos ao bebê, enfatizando a importância da participação da rede familiar na assistência prestada ao recém-nascido. Passa a preconizar não só a importância da sobrevivência do neonato, mas a relevância de ações que proporcionem qualidade de vida (Brasil, 2011).

O Método Canguru é dividido em três etapas. A primeira pode iniciar durante o acompanhamento gestacional e seguir durante todo o período de internação do bebê na UTI neonatal. A segunda começa quando o recém-nascido está estável, podendo ir para a unidade canguru e receber acompanhamento contínuo de sua mãe. A última etapa inicia com a alta hospitalar. Nesta, o bebê precisa continuar a ser acompanhado pela equipe de saúde até que ele obtenha o peso equivalente a 2.500g (Brasil, 2011).

Diferente do método, a posição canguru é aquela na qual o recém-nascido é deixado com o mínimo de roupa possível e colocado em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito de quem for desenvolver a posição, como por exemplo, os pais do neonato. Quando o bebê estiver na postura correta, podem ser usadas faixas, visando proporcionar segurança e conforto (Brasil, 2011).

Após compreender as três etapas do método e o que é a posição canguru, é relevante destacar que alguns neonatos prematuros necessitam ser atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A UTIN é um serviço de internação no qual o recém-nascido grave ou potencialmente grave recebe cuidados integrais, sendo composta por estruturas com condições de oferecer adequado atendimento técnico especializado (Brasil, 2012.a). É importante que intervenções, visando à qualidade de vida do bebê e de sua família, sejam efetuadas ainda durante a vigência da primeira etapa do método canguru.

O nascimento do neonato prematuro é um evento que além de apresentar riscos para a saúde da criança, ocasiona modificações na forma que a família está sendo estruturada. Esse tipo de parto pode vir a evocar sentimentos de medo, preocupação e insegurança durante o período de luta pela sobrevivência do bebê, principalmente quando este necessita ser hospitalizado em uma UTIN (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, Silva, 2009).

No Brasil, a partir da Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os hospitais devem manter um alojamento para possibilitar ao recém-nascido a permanência junto a sua genitora (Brasil, 1990). O acesso das mães a esse tipo de alojamento possibilita que ela tenha um contato mais constante com o seu bebê, o que pode facilitar a formação do vínculo e a amamentação. Além disso, por estar no hospital a mãe tem maior disponibilidade de esclarecer dúvidas com a equipe de saúde quanto aos cuidados prestados ao seu filho (Brasil, 2011).

Um estudo que investigou representações sociais de genitoras de bebês prematuros e que utilizou como estímulo indutor a palavra “prematuidade” constatou que o termo “morte” foi mencionado como a representação mais forte. A UTIN é um

local que possibilita assistência mais especializada, o que em alguns momentos evoca a ideia de que nesse ambiente são atendidas crianças que estão em estado muito grave, próximo da morte, fazendo com que o convívio diário com a hospitalização do bebê, seja também perpassado pelo receio de que ele venha a óbito. Esse pensamento tende a se intensificar, pois esse é um lugar onde se pode-se presenciar a morte de outros bebês e a dor da perda vivida por suas mães (Souza, Araújo, & Costa, 2013).

Os neonatos prematuros hospitalizados tendem a ser percebidos por suas mães como frágeis, necessitando assim de dedicação e cuidados especiais. É muito comum que elas sintam culpa devido ao fato de não poderem continuar a gestação até que o recém-nascido nascesse a termo, bem como pelos sentimentos negativos que envolvem o nascimento de um bebê diferente do desejado, que está doente e em um ambiente permeado por aparelhos e por uma rotina diferente da esperada. Essas puérperas referem que precisam encontrar estratégias de enfrentamento para conviver com as adversidades cotidianas, tendo as palavras “fé” e “luta” destaque como mecanismos utilizados para que elas possam lidar com o nascimento pré-termo seguido da internação do seu bebê (Souza *et al.*, 2013).

As mães que optam por permanecerem no alojamento conjunto como acompanhantes de seus filhos prematuros tendem a relatar que vivenciam uma rotina cansativa na qual grande parte do tempo é investido na atenção ao neonato, sendo comum a presença de atividades como retirada do leite materno e ida a UTIN pelo menos a cada três horas. As máquinas e aparelhagens conectadas ao bebê também podem prejudicar o estabelecimento do contato mais intenso de cuidados da genitora para com seu filho. Esse contexto dificulta que a mulher se perceba efetivamente como

mãe, uma vez que é comumente tratada apenas como nutriz (Araújo & Rodrigues, 2010).

Elas também relatam que além do pouco tempo disponível para descanso é comum a falta de atividades de lazer. Se por um lado essas mães desejam permanecer no ambiente hospitalar para que possam estar próximo aos seus filhos, o que é visto como algo positivo, por outro, elas tem reduzida a possibilidade de oferecer cuidados efetivos ao seu bebê, bem como de fazer atividades que possam ajudá-las há, por alguns instantes, não estar focada apenas na situação de hospitalização (Araújo & Rodrigues, 2010).

A convivência das mães com o ambiente da UTIN tende a despertar ambivalências. Ao mesmo tempo em este que é concebido como um lugar no qual a vida do bebê pode ser salva, também pode ser compreendido como local permeado pelo medo da morte, pela dor, sofrimento e separação entre a genitora e o seu filho (Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel & Freire, 2014).

Faz-se relevante compreender que a vivência de mães de bebês prematuros hospitalizados na UTIN é perpassada pelas modificações comuns ao ciclo gravídico puerperal. Além disso, elas precisam conviver com a ideia de ter o seu bebê antes do tempo almejado e com a necessidade de seus filhos serem monitorados constantemente.

Nesse ambiente que evoca emoções intensas e que em alguns instantes ocasiona sofrimento materno, o estabelecimento da relação e do vínculo mãe-bebê pode vir a ser afetado de forma negativa. Dessa maneira, é importante que a genitora seja incentivada a estabelecer mais contato com o seu bebê, para que possa se identificar e assumir o papel de quem pode efetivamente cuidar de seu filho e superar os medos e dificuldade presentes nesse período (Cartaxo *et al.*, 2014).



Outro fator que colabora para o aparecimento de conflitos é o distanciamento das mães de seu convívio familiar e social. Geralmente, devido às suas condições de saúde, os neonatos pré-termos são internados em hospitais de referência que recebem pacientes provenientes de diferentes partes do Estado. Muitas mães acompanhantes de bebês prematuros se deslocam de cidades distantes para terem atendimento hospitalar, recebendo assim poucas visitas, o que pode vir a intensificar seu sofrimento (Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006). Assim, o afastamento do convívio familiar e social ressalta a importância da avaliação do apoio social nesta população.

### **3. Apoio social e prematuridade**

O apoio social tem sido abordado com frequência em pesquisas que têm como objetivo investigar a saúde dos indivíduos. Apesar de não existir uma definição unânime para esse construto e de serem várias as teorias e perspectivas que o abordam, existe um aspecto comum que é a relevância deste como um potencial fator de proteção (Dantas, Alchieri, & Maia, 2015).

Foram desenvolvidos alguns estudos clássicos durante as últimas décadas, que auxiliam na compreensão da importância do apoio social e que continuam sendo citados por trabalhos atuais. Por abordarem teorias e conceitos fundamentais, as pesquisas recentes citam esses trabalhos originais (Gonçalves, 2012; Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini, 2011).

Assim, tendo como finalidade proporcionar melhor compreensão a respeito do referido construto, alguns desses artigos serão aqui abordados. Ressalta-se que a opção por citar os estudos clássicos foi motivada pelo fato dos trabalhos atuais fazerem menção a estes, observando-se que apesar de não serem pesquisas publicadas recentemente, suas ideias continuam a ser debatidas na literatura científica.

Em 1976, Cassel escreveu sobre um novo aspecto que poderia influenciar o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e conseqüentemente a compreensão do processo saúde-doença. Para ele existiam dois fatores principais considerados na epidemiologia que eram a exposição a um agente patogênico e o grau de resistência ou susceptibilidade do hospedeiro.

O autor supracitado acrescenta que os aspectos psicossociais também são relevantes para compreensão do adoecimento e que na prestação de saúde preventiva é importante dar atenção a esse construto. Dessa maneira, é necessário estar atento principalmente aqueles grupos que estão mais expostos a falta de apoio social (Cassel, 1976).

Cobb, também em 1976, abordou a importância do apoio social, destacando este como fator de proteção, principalmente em momentos de transições ou de crises inesperadas. Ele desenvolveu um estudo que cita a importância desse construto durante vários processos de mudança e de crise ao longo do ciclo da vida, que vão desde a gestação até a morte, sendo enfatizados momentos de estresse agudo. Além disso, de acordo com o referido autor, a presença de apoio na vida do indivíduo pode auxiliar na adesão ao tratamento médico, acelerando a recuperação.

Uma distinção que precisa ser feita é que existe mais uma forma de abordar a importância do apoio social, dentre elas faz-se premente mencionar a teoria do efeito direto (maineffect) e a do efeito tamponador (stress-buffering). A teoria do efeito direto caracteriza que o apoio social é importante para a saúde do indivíduo, independentemente dele estar vivenciando eventos de crise ou estressantes. A do efeito tamponador argumenta que o apoio social tem influência positiva na saúde e no bem estar, protegendo as pessoas dos efeitos adversos e patogênicos de agentes estressores (Cohen &Wills, 1985).

Cohen e Mckay (1984) investigaram pesquisas que utilizaram essas duas teorias e observaram que a teoria do efeito tamponador foi mais usada em estudos que avaliaram a percepção de apoio disponível. Já a teoria do efeito direto foi mais utilizada em estudos que investigaram o número de relações sociais.

Percebe-se assim que o conhecimento do construto a ser utilizado, bem como do contexto em que a pesquisa será realizada, são de fundamental importância para que haja uma adequação entre a fundamentação teórica e a metodologia adotada na pesquisa, contribuindo para a sua relevância científica. Também é necessário conhecer o conceito de apoio social e de rede social, bem como o de apoio estrutural e funcional. Essas são definições comumente usadas como sinônimos na literatura científica, mas que contém distinções que devem ser consideradas (Gottlieb & Bergen, 2010).

Berkman (1984) define que a rede social é “a teia de relações que cercam o indivíduo” (p.314). Ele afirma que é necessário compreender o grau de conhecimento e interação dos membros que compõe a rede, o número de pessoas que a compõe, a reciprocidade do apoio oferecido, a proximidade geográfica que o indivíduo tem com sua rede, a homogeneidade dos membros (considerando, por exemplo, idade e classe social), e por fim a facilidade com que os indivíduos podem entrar em contato com as demais pessoas que compõe sua rede.

O apoio social foi definido por Cobb em 1976 como “a informação que possibilita ao indivíduo crer que ele é amado, cuidado, estimado e que compõe uma rede de mútuas obrigações” (p.300). Posteriormente Cohen e Symen (1985) caracterizaram este construto como os recursos que são disponibilizados por outras pessoas. Dessa maneira, o apoio social é compreendido como o auxílio que é posto a disposição por uma rede social, sendo normalmente considerado como uma cooperação ou troca entre as pessoas (Berkman, 1984).

Com base na distinção entre rede social e apoio social é possível compreender que medidas de apoio estrutural avaliam características objetivas da rede social, descrevendo a existência dos laços sociais, como por exemplo, o estado civil e número

de pessoas com as quais o indivíduo sabe que pode contar. Já as medidas que avaliam o apoio funcional investigam como as pessoas percebem a disponibilidade ou a adequação dos recursos fornecidos pela sua rede de relações sociais (Cohen & Mckay, 1984; Cohen & Syme, 1985).

Faz-se relevante destacar o conceito de satisfação com o apoio, que corresponde a avaliação individual quanto à qualidade ou quantidade de apoio recebido. Outra definição comumente referida na literatura é a de apoio recebido, que pode ser caracterizado como aquele que a pessoa diz receber (Gottlieb & Bergen, 2010).

Pesquisas recentes que discutiram a definição de apoio social e a relação deste com a saúde, abordaram que os estudos quantitativos desenvolvidos nessa área têm utilizado com mais frequência a avaliação do apoio funcional, investigando a percepção que a pessoa tem a respeito dos recursos que a sua rede de contatos sociais fornece. Além disso, essas pesquisas têm sido realizadas principalmente em populações que estão vivenciando momentos de estresse e adoecimento, ressaltando assim a importância do apoio social em contextos específicos de crise. Essas investigações têm embasado a realização de intervenções em saúde que visam auxiliar no desenvolvimento de uma melhor percepção de apoio (Gonçalves, 2012; Gonçalves *et al.*, 2011).

Percebe-se que estudos clássicos que fundamentaram inicialmente a discussão da importância do apoio social para a saúde ainda são citados e utilizados para auxiliar na fundamentação teórica e no desenvolvimento de questionamentos delineados por estudos atuais. Apesar de ser um construto que não tem uma definição consensual, existe o reconhecimento da importância deste para ações em saúde.

Como a gestação e o pós-parto são momentos em que ocorrem transformações, tem sido investigada a importância da rede social nesse período, pois esta pode trazer benefícios para o bem estar materno. Dessa maneira, o apoio social é abordado como importante para auxiliar a puérpera a lidar de maneira mais positiva com as demandas como a presença de sintomas de ansiedade e depressão e os cuidados ao bebê (Oliveira & Desen, 2012; Rapoport & Piccinini, 2011).

Um contexto que é reconhecido por ser permeado pela alta prevalência de estresse materno é o nascimento prematuro seguido da hospitalização do neonato em uma UTIN (Chourasia, Surianarayanan, Adhisivam & Vishnu, 2013). De acordo com a teoria do efeito tamponador, o apoio social pode gerar benefícios atuando como proteção aos fatores patogênicos associados aos agentes estressores (Cohen & Wills, 1985). Assim, faz-se relevante avaliar como as mães percebem o apoio social durante esse período, principalmente aquelas que permanecem no hospital como acompanhantes de seus bebês, mesmo após elas terem recebido alta.

A permanência da genitora possibilita que ela preste cuidados ao seu filho, estando mais próximo a este, o que facilita o estabelecimento dos laços de afeto. Ademais, proporciona que a mãe acompanhe de perto o tratamento de seu bebê, auxiliando na recuperação do neonato e dando apoio para que ele melhore (Araújo & Rodrigues, 2010). O Ministério da Saúde ressalta que o atendimento adequado possibilita menor permanência do recém-nascido na UTI e menos sofrimento psíquico para ele (Brasil, 2011).

Contudo, ao permanecer como acompanhante, a genitora fica impossibilitada de exercer atividades rotineiras em casa, com o marido e outros filhos e/ou no trabalho. Esse processo pode gerar sentimentos de impotência, irresponsabilidade e de

negligência (Souza *et al.*, 2009). Dessa maneira, observa-se a importância de avaliar o apoio social percebido por essas mães acompanhantes. Destaca-se a importância da rede familiar de apoio, a fim de proporcionar maior segurança e tranquilidade nos períodos que são compreendidos com mais difíceis para as mães (Anjos *et al.*, 2012).

O apoio fornecido pelos familiares auxilia para que as puérperas possam desenvolver um melhor enfrentamento das dificuldades e necessidades inerentes a cuidar de um bebê prematuro. Neste contexto, é premente o diálogo da equipe de saúde com os familiares. Este deve iniciar ainda durante o período de hospitalização do bebê na UTIN, uma vez que comumente são os membros da família que auxiliarão nos cuidados ao recém nascido no período após a alta hospitalar (Couto & Praça, 2012).

Além de auxiliar na participação dos familiares, a equipe de saúde tem sido mencionada como importante fonte de apoio, fornecendo informações e orientações quanto ao estado de saúde do bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, essa orientação dada pelos profissionais deve contemplar não só o período em que o recém-nascido está hospitalizado, como também a preparação para a alta hospitalar e o acompanhamento ambulatorial (Brasil, 2011; Cartaxo *et al.* 2014; Couto & Praça, 2012).

O apoio emocional é outro fator abordado como relevante, sendo fornecido principalmente pelos familiares e pela equipe de saúde. Este tipo de apoio auxilia na reestruturação da dinâmica familiar e na construção da autoconfiança materna, diante da necessidade de lidar com a exposição de seu filho a procedimentos dolorosos e com a necessidade de dispensar cuidados ao neonato (Cartaxo *et al.*, 2014; Frota *et al.*, 2014).

Atualmente algumas políticas públicas têm enfatizado a importância de intervenções no ambiente da UTIN que levem em consideração a participação dos pais

dos recém-nascidos e seus familiares. É necessário avaliar se essas mães possuem rede de apoio com a qual possam contar e como percebem o apoio que está sendo posto a disposição por essa rede social. A identificação destes fatores ainda durante o momento de internação do bebê na UTIN, pode vir a evitar o desenvolvimento de problemas nas etapas subsequentes (Brasil, 2011).

Além disso, estudos psicométricos possibilitam averiguar as evidências de validade da uma escala. Nesse caso, validade de critério, de construto e de consistência interna, possibilitando avaliar se o instrumento investiga o construto a que se propõe e se os resultados tendem a se manter constantes ao longo do tempo.



## **4. Objetivos**

### 4.1 Objetivo geral:

Elaborar e verificar evidências de validade da Escala para avaliação do apoio Social em mães de neonatos prematuros hospitalizadas

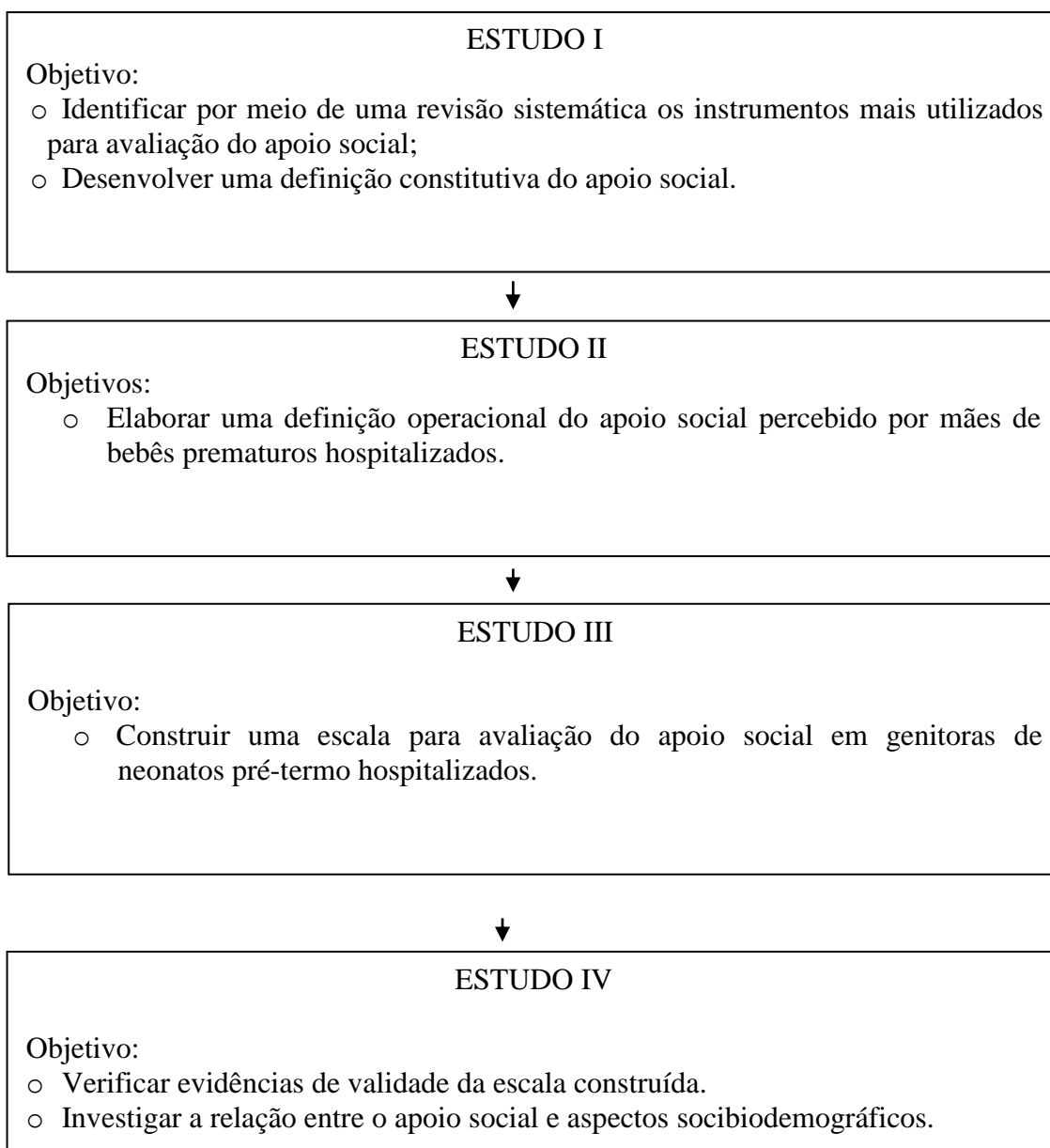
### 4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar por meio de uma revisão sistemática os instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social;
- Desenvolver uma definição constitutiva do apoio social;
- Elaborar uma definição operacional do apoio social percebido por mães de bebês prematuros hospitalizados;
- Construir uma escala para avaliação do apoio social em genitoras de neonatos pré-termo hospitalizados;
- Verificar evidências de validade da escala construída.
- Investigar a relação entre o apoio social e aspectos sociodemográficos

## 5. Método

Trata-se de uma pesquisa com caráter seccional e analítico. O presente trabalho será apresentado em quatro estudos, tendo como objetivo possibilitar uma melhor compreensão dos procedimentos adotados (Fluxograma 1).

Fluxograma 1: Sequência de estudos a serem realizados.



## 5.1 Aspectos éticos

O presente trabalho foi submetido à análise e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foram seguidas as diretrizes da Resolução 466/12, tendo o seguinte número de registro que formaliza a sua aprovação: 488.249 e CAAE 22735313.5.0000.5537.

Considerando que as participantes deste estudo vivenciam um momento de intensa labilidade emocional, o contato inicial foi feito de forma a explicar os objetivos da pesquisa e as informações que constam no um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo sempre enfatizado que a participação era voluntária. Por tanto, foi explicado que as mães tinham o total direito de decidirem se desejavam ou não participar do estudo.

Como a pesquisa foi desenvolvida no ambiente hospitalar e devido à estrutura física das instituições, não foi possível obter uma sala na qual as entrevistas pudessem ser realizadas. Entretanto, houve a preocupação ética de dar o máximo de privacidade as mães, sendo as entrevistas realizadas no local que a genitora estava alojada, preferencialmente quando não havia a presença de nenhuma outra pessoa.

Por estarem adaptadas a rotina hospitalar, na qual muitas intervenções são efetuadas nos leitos das enfermarias. Algumas mães acompanhantes que aceitaram participar deste estudo referiam desejar responder ao questionário no instante em que havia outras pessoas no alojamento, mesmo sendo explicado que a entrevista poderia ser realizada em outro momento, sem que isso acarretasse em nenhum tipo de problema. Nesses casos as puérperas se mostraram concentradas ao responder a escala.

De modo geral, houve um intenso cuidado em desenvolver uma pesquisa que atenda aos pressupostos éticos necessários para a construção deste tipo de estudo. Sendo esse cuidado posto em prática em todas as etapas que foram aqui contempladas. Por isso, optou-se por detalhar os procedimentos éticos nesta seção da tese . Compreende-se que esta etapa vai além da aprovação do trabalho no comitê de ética e que deve permear todo o desenvolvimento da pesquisa.

## **6. Estudo I – Características dos instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social**

O Estudo I por meio de uma revisão sistemática da literatura que visa responder aos seguintes objetivos específicos: 1) Identificar por meio de uma revisão sistemática os instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social; 2) Elaborar uma definição constitutiva do apoio social. De acordo com Pasquali (2010) na definição constitutiva o construto é caracterizado de acordo com os conceitos da teoria na qual ele está inserido. Este é um aspecto de fundamental relevância, para que haja coerência entre o referencial teórico e a conceituação que embasará a elaboração do instrumento.

Considerando que o apoio social tem sido um construto investigado de diferentes formas, havendo uma grande quantidade de escalas para avaliá-lo, faz relevante verificar quais os instrumentos mais utilizados para averiguar o apoio social em todo o mundo. Essa identificação possibilita que sejam constatados os conceitos de apoio que fundamentam os instrumentos investigados, auxiliando na elaboração da definição constitutiva, desenvolvida neste estudo.

A elaboração deste capítulo resultou na publicação do artigo intitulado “Instrumentos empleados en la evaluación del apoyo social”. Dessa maneira, serão aqui apresentados apenas os dados que são fundamentais para o desenvolvimento da presente tese (Dantas, Alchieri, & Maia, 2015).

## 6.1 Método

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, de acordo com os procedimentos sugeridos por Sampaio & Mancini (2007). Como o apoio social é um construto que pode vir a proporcionar benefícios para a saúde dos indivíduos, foram escolhidas bibliotecas e bases de dados eletrônicas com expressivo reconhecimento no que se refere à publicação de estudos na área da saúde, sendo estas a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a Biblioteca Virtual em Salud (BVS). Na BVS foram consultadas a *Literatura Latino-Americana y del Caribe em Ciencias de la Salud* (LILACS) e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

A fim de tornar a busca mais ampla, foi utilizado o descritor “apoio social”, sendo este pesquisado também em inglês “social support” e em espanhol “apoyo social”. Para auxiliar na precisão dos resultados, foram identificados artigos que continham esse descritor no título. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados durante o período de janeiro de 2009 a outubro de 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que atenderam aos objetivos do presente trabalho. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão de literatura e que não citaram no resumo os instrumentos utilizados para avaliação do apoio social.

Dois investigadores, de maneira independente, leram e classificaram os resumos de acordo com os critérios supracitados. Posteriormente, os resultados desenvolvidos pelos dois examinadores foram comparados e as discordâncias foram discutidas e sanadas, sendo as exclusões devidamente justificadas.

Os seguintes dados foram extraídos dos resumos e postos em uma planilha do *Excel for Windows*: base de dados em que o artigo foi encontrado, título, ano, autores, revista, motivo da inclusão ou exclusão e quais foram os instrumentos utilizados para avaliação do apoio social. As análises estatísticas descritivas dos dados referentes aos critérios utilizados para a exclusão, base de dados, revistas, ano e instrumentos utilizados, foram efetuadas no *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

Em seguida, foram identificados os cinco instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social. Foram lidos os artigos de validação dessas cinco escalas na íntegra, sendo identificadas as definições de apoio social que fundamentaram esses instrumentos.

Na primeira busca foram encontrados 113.453 trabalhos nas bases de dados investigadas. Na sequência, foram selecionados artigos que continham o descritor no título e utilizados os critérios de inclusão, sendo identificados 1.951 trabalhos. Os resumos foram lidos e adotados os critérios de exclusão, nesta etapa, 1.637 artigos foram excluídos. Portanto, no total, 314 trabalhos foram incluídos. Destes, 8 utilizaram dois instrumentos para avaliar o apoio social e um utilizou três escalas.

## 6.2 Resultados

Observou-se que foram usados 77 instrumentos diferentes para avaliação do apoio social. Houve variação quanto ao número de vezes que cada um desses instrumentos foi citado nos resumos avaliados.

As cinco escalas mais utilizadas para avaliação do apoio social foram citadas 193 vezes no total, correspondendo a 59,5% dos instrumentos utilizados. 1) A *Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire (MOS)* foi usada 74 vezes, a 2) *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* 58, a 3) *Interpersonal Support Evaluation List* foi citada 25 vezes, a 4) *Social Support Questionnaire (SSQ)* 20 e a 5) *Duke-UNC functional social support Questionnaire* foi mencionada em 16 resumos.

Considerando que os cinco instrumentos mais citados foram mencionados em uma expressiva quantidade de resumos, faz-se premente conhecer algumas de suas principais características. Este conhecimento auxiliou na identificação de semelhanças e diferenças no que se refere, por exemplo, ao tipo de população a quem os estudos originais se direcionaram e ao tipo de apoio social avaliado.

O estudo de validação original da MOS foi efetuado com usuários de serviços de saúde que tinham hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. Esta é uma escala do tipo *likert*, que avalia a percepção do apoio social, contendo cinco dimensões, sendo estas: apoio emocional, apoio de informação, apoio material, interação social positiva e apoio afetivo. Após a realização da análise fatorial foram identificados quatro fatores, assim houve uma junção entre a dimensão de apoio de informação e apoio emocional (Sherbourne & Stewart, 1991).



A escala supracitada foi validada no Brasil inicialmente em um estudo realizado com funcionários técnico administrativos de uma universidade. A priori também foram consideradas cinco dimensões do apoio social. Entretanto, nessa versão, após a realização das análises fatoriais, foi constatada a existência de um fator a menos que na original, sendo um total de três fatores. Nesse caso, além das dimensões de apoio de informação e apoio emocional foram unificadas. Também houve uma união do apoio afetivo e de interação social positiva. Apesar da escolha da população na validação desta escala no Brasil não ter sido com usuários de serviço de saúde, foi constatado que existe relação entre as dimensões do apoio social e características sociodemográficas, relacionadas à saúde e ao bem estar dos indivíduos (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

A *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* foi validada inicialmente com estudantes universitários, sendo constatado que existe relação entre a baixa prevalência de sintomas de ansiedade e depressão e altos níveis de apoio social. Esta é uma escala do tipo *likert*, contendo três fatores que possuem correlação moderada, sendo eles: outros significativos, família e amigos (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; Zimet, Powell, Farley, Wekman & Berkoff, 1990).

O estudo de validação inicial do *Interpersonal Support Evaluation List* também foi realizado com alunos de graduação, neste caso, especificamente do curso de psicologia. Trata-se de um instrumento do tipo *likert*, que avalia o apoio social percebido, contendo quatro funções de apoio, a saber: avaliação, pertencimento, material e autoestima. Foi constatada associação moderada entre a função de pertencimento e as funções de avaliação e material. Além disso, observou-se que o

apoio social percebido e o número de eventos positivos moderaram a relação entre estresse, sintomas depressivos e sintomas físicos (Cohen & Hoberman, 1983).

A *Social Support Questionnaire* é outra escala que teve o seu estudo de validação inicial realizado com estudantes universitários. Esta é constituída de uma maneira diferente das demais, pois a primeira parte avalia o número de pessoas com que o indivíduo percebe que pode contar, em determinada situação, caso ele precise. Nessa etapa cada indivíduo pode listar no máximo nove pessoas. A segunda parte se propõe a avaliar a satisfação com o apoio social, através de questões do tipo *likert* (Sarason, Levine, Basham & Saranson, 1983).

No Brasil, ela foi validada com mulheres-mães, sendo possível constatar que o cônjuge, os filhos e os parentes próximos foram às principais fontes de suporte. Ademais, constatou-se a existência da relação entre a satisfação com o apoio e as seguintes variáveis: gravidez, trabalho, e renda (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

O *Duke-UNC Funcional Apoio Social Questionnaire* foi validado inicialmente com pacientes de uma clínica de medicina familiar, se propondo a avaliar o apoio percebido. Este instrumento é composto pela subescala de apoio afetivo e pela de apoio confidente. Após a realização das análises fatoriais a escala passou a conter 8 itens, sendo cinco da dimensão de apoio confidente e 3 referentes a de apoio afetivo. Os outros três itens necessitam ser melhor investigados posteriormente, sendo considerados como distintos, não pertencendo a nenhuma das subescalas supracitadas (Broadhead, Gehlbach, Gruy & Kaplan, 1988).

No que se refere aos instrumentos acima mencionados foi possível observar que em alguns casos foram realizadas pesquisas com populações específicas, que tinham algum tipo de enfermidade ou vulnerabilidade. Em outros, foram efetuadas

investigações com funcionários ou alunos de graduação. Além disso, foi avaliada principalmente a percepção de apoio social e seus aspectos funcionais. Apenas um dos estudos investigou a satisfação com o apoio e seus aspectos estruturais.

Quanto à definição constitutiva, necessária para a elaboração do instrumento a ser desenvolvido na presente tese, o apoio social é compreendido como a percepção do indivíduo em relação à ajuda posta a disposição pela sua rede de contatos sociais, através do fornecimento de determinadas funções. (Gonçalves *et al.*, 2011; Gonçalves, 2012). As funções adotadas inicialmente neste estudo são: apoio material; emocional; de informação e afetivo. A opção pelo uso desta definição tem como base tanto a fundamentação teórica a respeito do apoio social, quanto os objetivos e a população com quem será desenvolvido este trabalho.

### 6.3 Discussões

Observa-se que, de maneira geral, a maioria dos instrumentos analisados neste estudo abordou a importância do apoio social. Mesmo sendo utilizados com diferentes populações, a temática da relevância do apoio e dos benefícios associados a este, estavam presentes nos artigos originais das escalas avaliadas. Os resultados corroboram com dados divulgados pela literatura científica atual que aborda a importância do apoio social para a saúde dos indivíduos e a função deste como possível fator de proteção (Gonçalves *et al.*, 2011; Gonçalves, 2012; Gottlieb & Bergen, 2010).

Outro aspecto a ser destacado é que os instrumentos analisados foram validados em diversos países, com as mais diferentes populações. Se por um lado essa propagação do uso das escalas é útil, pois pode possibilitar que os resultados encontrados sejam

comparados e avaliados de forma mais crítica e abrangente. Por outro, ressalta-se a necessidade de que os estudos de padronização e validação sejam realizados com rigor e ética, produzindo dados válidos e confiáveis, levando em consideração as características de cada cultura (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012).

A maioria dos estudos avaliou o apoio percebido e seus aspectos funcionais. Os primeiros instrumentos que tinham como objetivo avaliar principalmente a estrutura do apoio, investigando o número de pessoas da rede social com as quais o indivíduo podia contar e/ou quem eram essas pessoas. Ao longo do tempo, passaram a ser desenvolvidas medidas mais amplas, que abordavam o apoio social como um construto multidimensional, avaliando suas funções (Cohen & Mckay, 1984).

Todavia, como foi mencionado anteriormente, não existe um único conceito que define o apoio social, nem uma única maneira de avaliá-lo (Gottlieb & Bergen, 2010). Isso pode ser observado, por exemplo, no fato de um dos instrumentos analisados se propor a avaliar a satisfação com o apoio e aspectos da estrutura do apoio.

Também é importante tecer reflexões sobre a definição dos aspectos funcionais, pois algumas dimensões apresentam definição muito semelhante, sendo nomeadas de maneira diferente. É relevante não só conhecer como essas funções foram caracterizadas, mas também aspectos em que elas se assemelham e se distinguem.

Os aspectos funcionais de apoio identificados foram: 1) apoio emocional: que se refere a demonstrações de compreensão e empatia, englobando o incentivo para que os sentimentos sejam expressos; 2) apoio de informação: que abarca a percepção de que o indivíduo tem pessoas com as quais ele pode se aconselhar, estando disponíveis para dar informação e para orientá-lo caso ele precise; 3) material: faz menção ao apoio que pode ser expresso através de ajuda material ou de comportamentos que promovam

assistência; 4) interação social positiva: que engloba a disponibilidade de outras pessoas com as quais realiza atividades relaxantes e divertidas; 5) apoio afetivo: envolve a percepção de que o indivíduo pode contar com pessoas que demonstram que o amam e que sentem carinho por ele; 6) apoio de avaliação: aborda a percepção de que existe alguém com quem é possível conversar sobre problemas; 7) pertencimento: que menciona a percepção da disponibilidade de pessoas com as quais se pode fazer as coisas; 8) apoio de auto estima: que se refere a comparação positiva de si mesmo com os demais; 9) e apoio confidente: que envolve a percepção de que existem pessoas com as quais se pode compartilhar e discutir assuntos importantes (Broadhead, et al 1988; Cohen & Hoberman, 1983; Griep, et al 2005; Sherbourne & Stewart, 1991; Zimet, et al 1988; Zimet, et al 1990;).

É possível perceber que apesar dos autores usarem denominações diferentes, algumas dimensões de apoio apresentam semelhanças em suas definições. Faz-se premente destacar que as dimensões de apoio de informação e confidente apresentam aspectos semelhantes, o que também pode ser observado em relação à interação social positiva e apoio de pertencimento.

Considerando que as mães de bebês prematuros hospitalizados na UTIN, vivem um contexto de vulnerabilidade específico, que é particular ao momento e ao lugar em que elas estão inseridas. É relevante investigar a percepção que elas têm a respeito do apoio posto a disposição pela rede social.

O conceito de apoio social adotado neste trabalho considera-o como um construto multidimensional, sendo importante avaliar as suas funções. Na elaboração do instrumento, optou-se por não utilizar a dimensão de interação social positiva, pois as

entrevistas foram efetuadas com as mães no momento em que elas estão no hospital como acompanhantes do seu bebê.

Compreendeu-se assim que não seria prudente questionar se as genitoras percebem que tem com quem contar para fazer atividades consideradas por elas como relaxantes e divertidas. O ambiente e a rotina em que elas estão inseridas seriam fatores que dificultariam a elaboração de itens comportamentais que fizessem sentido para as participantes e fossem realmente significativos na avaliação do apoio social.

Por motivo semelhante, não foi utilizada a dimensão de apoio de auto estima. Normalmente as mães acompanhantes de neonatos pré-termo hospitalizados ficam em alojamentos conjuntos, em que tem convivência intensa com outras mães. Considerando as ansiedades, medos e dúvidas comuns ao período do pós-parto e em especial ao contexto do nascimento prematuro seguido de hospitalização, concluiu-se que não seria viável fazer uso de uma dimensão que se refere à comparação de si mesma com outras pessoas.

Assim, inicialmente foram considerados para construção do instrumento os seguintes aspectos funcionais do apoio: emocional, de informação, afetivo e material. As dimensões de apoio de avaliação e confidente poderiam ser englobadas nas dimensões de apoio emocional e de informação, sendo estas escolhidas por serem mais amplas.

Observa-se que foram utilizadas as mesmas funções usadas no *Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire*, com exceção da interação social positiva. Apesar da escolha das funções ter como base aspectos conceituais e contextuais, este foi o instrumento identificado, neste estudo, como o mais utilizado para avaliação do apoio social, tendo boas propriedades psicrométricas (Sherbourne &

Stewart, 1991). Todavia, este não abarca as características que são comuns a vivência da percepção de apoio da mãe acompanhante de bebês prematuros hospitalizados, por isso, não foi adotado na íntegra.

#### 6.4 Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram responder aos seguintes objetivos: identificar os instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social e desenvolver uma definição constitutiva do apoio. Assim, foi possível observar que a *Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire*, *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, a *Interpersonal Support Evaluation List*, a *Social Support Questionnaire*, e a *Duke-UNC functional social support* foram os instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social.

Quanto à definição constitutiva, foi enfatizado o apoio percebido, sendo este concebido como um construto multidimensional. Podendo também ser compreendido como a ajuda posta a disposição pela rede de laços sociais do indivíduo.

Considerando a relevância do apoio social, é um desafio se propor a desenvolver um instrumento que o avalie, pois se por um lado a sua importância tem sido difundida no meio científico, por outro, existe uma falta de coesão na literatura quanto à maneira de definir e de avaliar esse construto. Portanto, apesar de ser uma tarefa árdua, ela se mostra de fundamental importância, proporcionando benefícios acadêmicos e sociais.

## **7. Estudo II – Definição Operacional do apoio social**

O Estudo II tem como objetivo desenvolver uma definição operacional do apoio social. Tendo como base os resultados do Estudo I e das entrevistas semi estruturadas, foi criada uma definição de comportamentos pelos quais o apoio social pode ser expresso. Essas definições auxiliaram na elaboração dos itens do instrumento (Pasquali, 2010).

### **7.1 Método**

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com 18 mães de bebês prematuros hospitalizados na UTIN. As participantes foram contatadas em instituições públicas que tem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em funcionamento, sendo escolhidas as duas que possuem o maior número de leitos de UTIN no Rio Grande do Norte. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) ser mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo internado na UTIN; b) ter idade igual ou superior a 18 anos; c) aceitar participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; d) o recém-nascido ter nascido há mais de 24h. Salientam-se ainda os critérios de exclusão, a saber: a) genitoras que tiveram neonatos que foram a óbito; b) genitoras que estavam na Unidade de Terapia Intensiva Materna.

O roteiro para entrevista foi elaborado com base na literatura científica sobre essa temática, tendo como objetivo compreender como as mães de bebês prematuros percebem o apoio social durante a hospitalização do seu bebê na UTIN. Por meio dessas



entrevistas, também se buscou identificar quais são os membros da rede de apoio com quem essas mães percebem que podem contar (Araújo *et al.*, 2010; Custodio, 2010; Vieira, 2012).

No roteiro constavam as seguintes questões: 1) De maneira geral, quando você precisa de ajuda, com quem você pode contar?; 2) Que tipo de apoio você acha que é importante ser recebido, durante o período de hospitalização do seu bebê na UTIN?; 3) Com quem você pode contar neste momento, para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?; 4) Que tipo de apoio você acha que necessitará quando seu filho receber alta e puder ir para casa? Quem pode fornecer esse apoio?; 5) O que é apoio social para você?; 6) Você gostaria de acrescentar alguma coisa, que não foi dita anteriormente? (Araújo *et al.*, 2010; Custodio, 2010; Vieira, 2012).

#### 7.1.1 Procedimentos

Para iniciar o contato com as puérperas, a pesquisadora se dirigiu à UTIN na qual registrou em uma tabela o nome das mães, o leito em que seus bebês estavam e a data de nascimento do bebê. Posteriormente ela se direcionou às enfermarias e alojamentos das maternidades que sediaram esse estudo, na tentativa de encontrar as possíveis participantes da pesquisa.

Nos casos em que as genitoras foram encontradas, foi explicado o objetivo da pesquisa e as informações que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no termo de autorização de gravação. As entrevistas foram gravadas em áudio, tendo duração média de 10min. Para definição do número de participantes, foi adotado o critério de saturação teórica.

As entrevistas foram efetuadas durante o mês de janeiro de 2014 nos hospitais que sediaram a presente pesquisa. A psicóloga responsável por esse estudo realizou 17 entrevistas e 1 foi efetuada pela estagiária de psicologia de uma das instituições, pois ela havia iniciado o acompanhamento psicoterápico com a participante. Além disso, houve a participação de alunas do curso de graduação em psicologia, que realizaram a transcrição literal das entrevistas no momento em que estas estavam sendo efetuadas.

Devido aos ruídos, que são comuns ao ambiente hospitalar, houve a necessidade de dois pesquisadores participarem da entrevista. Uma realizando a condução das perguntas e outro a transcrição dos pontos principais. Foi adotado o cuidado de explicar para as mães o porquê da participação de dois pesquisadores, sempre as deixando a vontade para decidirem se desejavam ou não participar da pesquisa.

Foi explicado onde o gravador ficaria e que se ela sentisse qualquer tipo de desconforto, poderia assinalar que interromperíamos a entrevista. Entretanto, após as explicações, nenhuma mãe relatou sentir incômodo nem com o fato da entrevista ser gravada, nem com a participação de mais de um pesquisador.

As entrevistas foram realizadas no local do hospital onde as mães estavam alojadas, buscando sempre, dentro do possível, garantir o máximo de privacidade, tentando estabelecer o contato com as mães no momento em que elas estivessem sozinhas. Entretanto, com algumas genitoras, não foi possível estabelecer um primeiro contato, nem conseqüentemente o convite para que elas participassem da pesquisa, pois durante o momento em que os pesquisadores estavam no hospital, elas não estavam no leito, ou estavam recebendo visita.

Outro aspecto a ser destacado é que devido à dificuldade de acesso aos prontuários, pois eles normalmente estão sendo utilizados pelos profissionais de saúde,

optou-se por perguntar informações diretamente às genitoras. Neste caso, foram investigadas informações referentes à idade e município onde reside atualmente, estado civil, escolaridade e renda, por serem consideradas as mais fundamentais para auxiliar na compreensão da caracterização da amostra.

### 7.1.2 Análise dos dados

A análise dos dados deste estudo foi realizada através da análise de conteúdo categórica. Segundo Bardin (1995) as diferentes fases da análise de conteúdo, são organizadas em três pólos, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise é a fase na qual as ideias são organizadas e sistematizadas. Neste momento é produzido um esquema flexível das atividades a serem desenvolvidas ao longo do estudo (Bardin, 1995). Este período foi decorrente do desenvolvimento da elaboração do projeto inicial da presente tese, no qual foi identificada a necessidade de compreender como as mães de bebês prematuros hospitalizados percebem o apoio social, para assim elaborar uma definição operacional.

Após o desenvolvimento do roteiro da entrevista e da realização desta, foi efetuada a leitura flutuante, que ocorreu através da digitação e transcrição dos áudios, o que permitiu um primeiro contato com o material a ser analisado. Neste momento foi possível realizar uma leitura inicial das respostas dadas pelas genitoras e a partir daí refletir se estes dados poderiam ser utilizados nesta pesquisa.

Dessa forma, foi definido o corpus, que corresponde aos documentos que serão analisados neste estudo, sendo este a transcrição integral das entrevistas. Houve então a

preparação do material a ser analisado. Assim, optou-se por preparar e analisar o material utilizando o *Word for Windows*. Considerando o número de entrevistas e a extensão das respostas, constatou-se ser exequível realizar as análises.

Terminada esta etapa, foi realizada a exploração do material, na qual ocorreu a categorização. A unidade de registro utilizada foi o tema sendo, portanto, uma análise temática. Primeiramente foram identificados os núcleos de sentido que apresentaram significativa presença, ou frequência de aparição, sendo levado em consideração o objetivo deste estudo e a literatura científica a respeito do apoio social. A partir daí, foram delimitadas as unidades de contexto. Assim, as respostas foram categorizadas de acordo com o tema ao qual correspondiam, possibilitando uma melhor compreensão da unidade de registro.

Faz-se premente ressaltar que as etapas supracitadas não ocorreram de forma linear e estática, sendo assim apresentadas apenas para facilitar a compreensão dos procedimentos adotados. Quanto ao tratamento dos resultados, estes foram feitos levando em consideração a presença e a frequência da aparição dos indicadores, sendo os cálculos estatísticos realizados com o uso de porcentagem, tendo como base o número total de respostas dada para cada tema.

Ressalta-se ainda que em algumas categorias, optou-se por apresentar a fala de uma das participantes, a fim de auxiliar na compreensão dos dados. Para garantir o anonimato, os nomes das genitoras foram substituídos por nomes de flores.

## 7.2 Resultados

As participantes apresentaram idade mediana 25,5 (mínima = 18; máxima = 36). 56% moravam no interior e 44% em Natal. Em relação ao estado civil, 22% eram casadas, 56% estavam em união estável e 22% estavam solteiras. Quanto à escolaridade, 56% tinham o ensino médio completo, 6% o ensino médio incompleto, 6% o superior incompleto, 17% tinham o ensino fundamental incompleto e 6% não responderam. A renda familiar mediana foi de R\$ 861,00 (mínima = 60; máxima = 6.000) e três participantes não souberam responder qual a sua renda.

Os dados apresentados a seguir são decorrentes da análise de conteúdo efetuada no presente estudo. As análises dos resultados foram feitas visando proporcionar uma reflexão acerca dos dados apresentados e responder aos objetivos da pesquisa, anteriormente mencionados.

A maioria das mães 72,2% referiu perceber que pode contar com seus familiares. As unidades de registro que compuseram essa categoria são: “com minha mãe”; “com meu marido”; “minha irmã”; “com minha sogra”; “meus irmãos”.

Outra categoria que aparece como relevante é a intitulada “familiares e outros significativos” (22,2%). Algumas genitoras expuseram que podem contar tanto com pessoas da sua família, quanto com outras pessoas do seu convívio, como pode ser observado nas seguintes expressões: “com a minha patroa (...) minha irmã”; “com Jesus (...) com meu marido (...) meu filho (...) minha mãe (...) aqui eu também encontrei alguns pontos de apoio”; “minha mãe (...) meu esposo (...) minha amiga”; “com meus pais (...) com meus amigos”. Além disso, uma das mães (5,6%) referiu que pode contar apenas com sua vizinha, sendo incluída na categoria “outros significativos”.

Percebe-se assim a importância do papel dos familiares como constituintes da rede de apoio social das mães, sendo identificados como pessoas com as quais elas sabem que podem contar na sua vida, de forma geral. Das 18 entrevistadas, só uma puérpera citou que pode contar com sua vizinha, não mencionando nenhum familiar.

Tabela 1 - Apoio durante a hospitalização das mães com bebês na UTIN social. Natal/RN; 2014.

<b>Categorias</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apoio de informação	7	38,9
Apoio emocional	5	27,8
Apoio material	4	22,2
Apoio afetivo	2	11,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

No que se refere ao apoio que as mães identificam como importante ser recebido durante a hospitalização do bebê na UTIN, aparece com maior destaque a categoria “apoio de informação” (tabela 1). Esta contempla as seguintes unidades de registro: “Acho que o apoio dos médicos, eu acho muito importante”; “Assim, mais orientação da médica”; “ter a atenção do, no caso de lá, do pediatra, dos enfermeiros”; “Eu quero é a realidade dos fatos, eu vou direto a médica”; “As médicas, as enfermeiras...Só”; “...Respeito...dos enfermeiros...dos médicos... tratando todos iguais”; “me orientar a como é que faz”.

Um trecho da fala de Margarida trás uma representação que auxilia na compreensão dessa categoria:

*“(...) ter a atenção do, no caso de lá, do pediatra, dos enfermeiro, sabe, da gente chegar e eles vim presente ali, perguntar, dizer o que ta acontecendo tudinho, pra mim, isso é o mais importante (...)”.*

Pode-se observar que a maioria das participantes referiu achar importante receber apoio dos médicos e profissionais da saúde, almejando que estes dessem orientações a respeito do contexto da hospitalização do bebê na UTIN, do estado de saúde do neonato e dos cuidados que as genitoras devem com seus filhos. O apoio de informação foi relatado com maior frequência quando as mães foram questionadas quanto ao tipo de apoio que acham importante ser recebido durante o momento que o neonato está internado.

Outro tema que se destaca como relevante é o “apoio emocional” (tabela 1). Neste constam respostas relacionadas à percepção das mães de que é importante ter pessoas da rede social que demonstrem compreensão e empatia, incentivando que as genitoras expressem seus sentimentos, como pode ser exemplificado nos seguintes trechos: “Conversar, né? (...) É, conversa bastante do assunto.”, “Então, assim eu acho que o apoio tem que vir de toda a família, né?”, “Então, eu acho que precisava mais de um apoio dessa parte de, de, de conversa, de...”, “Tipo você, uma conversa amiga, né”, “o apoio mesmo só mais emocional”.

As puérperas que estão com bebê hospitalizado na UTIN estão vivendo um momento de intensas mudanças, tendo que se adaptarem a realidade do bebê estar precisando de cuidados especiais, bem como a rotina hospitalar. O seguinte trecho da fala de Crisantemo auxilia na compreensão dos registros apresentados na categoria que trata sobre a importância do apoio emocional durante a hospitalização do neonato.

*“(...) Pior que assim, no meu caso, acho que o apoio mesmo só mais emocional, porque assim, a gente fica muito fragilizado pelo fato de ter tido ele muito cedo, por ter tido ele antes do tempo, e pelo fato também de que ele está na UTI, ele está incubado, ele está precisando de aparelho, a gente fica muito sensibilizada com isso, sabe? Primeiro filho*

*também. A gente fica muito emocionada com as coisas (...).*

O “apoio material” também foi abordado por uma porcentagem relevante das mães (tabela 1). Esse tipo de apoio está relacionado à provisão de recursos financeiros e comportamentais. Os seguintes trechos auxiliam na compreensão dessa categoria: “Ajuda pra mim, né? Acho que eu precisava de uma pessoa assim, para me ajudar, né? De uma auxiliar.”; “Da minha irmã que tá o tempo todo, desde quando eu cheguei aqui, ela tá comigo, dorme comigo e tudo, me ajuda muito aqui”; “Uma banheira, uns negocio que ta faltando”; “a demanda é muito grande ali, por exemplo, de fralda pras criança”.

A fala de Flor do Campo retrata a importância de assistência comportamental. Devido ao alto índice de cesarianas em mães de bebês prematuros hospitalizados, é comum que elas necessitem de auxílio para executarem suas atividades de rotina, como pode ser observado no seguinte trecho:

*“Aqui no hospital? É... deixe eu ver... que tipo de ajuda, né? Acho que eu, assim, pra mim, pra mim, né? Ajuda pra mim, né? Acho que eu precisava de uma pessoa assim, para me ajudar, né? De uma auxiliar. É... porque assim, porque meu marido trabalha. Aí, eu já faz é dias já. Vai fazer dez dias já que eu estou aqui. E assim, nem toda hora meu marido pode vim ficar comigo porque eu estou só e ele trabalha também, né? Precisa trabalhar. E minha filha na UTI e eu fiquei, eu estou com uma inflamação e assim fica muito difícil pra mim se manter aqui, pra lá, pra UTI, sentindo dor, né? Acho que ele poderia ta, é... fazendo as coisas assim, que num... poderia estar indo direto ver minha bebê, né? É, me ajudando a ir pra lá, ajudando me levando, assim, até o banco de leite, né? Pra tirar leite...”*



Observa-se que algumas genitoras referiram ter necessidade de materiais como, por exemplo, fraldas e banheira para o bebê. Outras destacaram a importância de ter alguém que as ajude durante a hospitalização do neonato, dando assistência comportamental. Neste contexto, é muito comum o parto ser cesária e a puérpera precisar de auxílio, por exemplo, para se deslocar até o banco de leite ou UTIN.

A categoria que teve um menor número de resposta foi o apoio afetivo (tabela 1). Esta faz menção à importância das mães receberem, durante a hospitalização do bebê, demonstrações de que são queridas e amadas pelos membros de sua rede social. Pode-se compreender melhor através dos seguintes exemplos: “Assim dando todo carinho.”; “Ai, carinho... é ...uma palavra de conforto que ajude a pessoa a se levantar, se animar mais ainda”.

Dália retratou em seu discurso a relevância de poder contar com alguém que lhe fale uma palavra de conforto. Este é um aspecto que precisa ser considerado, devido ao contexto de vulnerabilidade vivido pelas mães:

*“O apoio da família... Sim.... Por causa que cada um deles diz uma coisa assim, fala uma coisa bonita pra gente entendeu? Cada um deles fala uma coisa, assim, fala palavras bonita, pronto. Que pra, é, é, assim, fortificar mais a gente. Que pronto seu eu tiver na tristeza, aí liga um fala as coisa bonita, que nem minha irmã. A minha irmã que ela é evangélica, ela disse haja o que houver mas tenha fé em Deus que ele vai lhe dar força, pro mode você vencer esta batalha. Ela disse pra mim, que nem ela disse ontem. É, isso. Que é pra mim ficar, mais assim, mais é... Do esposo. Tem que ter mais ajuda do esposo ainda. Assim dando todo carinho. Que assim, que tanto assim, que tanto ele como eu nós quisemos né?! Quisemos não nós quis. Então nesse caso ele tem que tá sempre também perto de mim e da minha filha. Que não foi só eu que fiz ela, num é?!..”.*

Quando questionadas sobre o apoio que é importante ser recebido durante o período em que permanecem no hospital como acompanhantes de seus bebês, o tipo de apoio mais mencionado foi o de informação. O que demonstra que elas sentem a necessidade de serem orientadas em relação aos aspectos que perpassam a hospitalização dos neonatos. Além disso, elas também referiram que nesse momento é relevante ter apoio emocional, alguém que as compreendam e que demonstrem empatia. Embora com menor porcentagem, o apoio material e afetivo também foram abordados como sendo necessários neste contexto.

Quando as genitoras foram questionadas sobre as pessoas que elas podem contar durante a hospitalização do bebê na UTIN a resposta mais prevalente foi com familiares (44,4%) (tabela 2). Este aspecto pode ser observado nas seguintes unidades de registro: “Mãe e meu marido”; “meu marido e minha mãe”; “meu marido, né? E a mãe dele também”; “Minha mãe... ela e meu irmão”; “meu marido, minha irmã, minha mãe”; “irmã e marido”; “É meu marido”; “Minha mãe... Meu marido e só...”.

Tabela 2 - Rede de apoio social durante a hospitalização do bebê na UTIN. Natal/RN; 2014.

<b>Categorias</b>	<b>Número</b>	<b>% Número</b>
Familiares	8	44,4
Outros significativos	5	27,8
Familiares e outros significativos	4	22,2
Ausência de apoio	1	5,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

O papel da família como possível fonte de apoio também foi citado como sendo compartilhado com outras pessoas (tabela 2). Neste caso, as respostas foram incluídas na categoria familiares e outros significativos, como pode ser observado nos seguintes

trechos: tais como: “minha mãe... o meu esposo... a minha amiga e minha sogra”; “com amigo.... com a minha patroa... com a minha ex sogra”; “Com a minha cunhada, que sempre me ajuda.... Os médicos, os enfermeiros, que estão me ajudando com a menina né”; “meu marido... minha mãe... também tenho amigos... o pessoal daqui também esta me ajudando muito.”

Para além dos familiares, outras pessoas foram mencionadas como podendo auxiliar as mães (tabela 2). Essas respostas foram identificadas na categoria “outros significativos”: “Só conto com uma médica e poucas enfermeiras”, “Além de Jesus, aqui eu tive o apoio de você, de Dr...”; “A enfermeira. Eu peço ajuda a enfermeira”; “É Deus”; “Foi a enfermeira e a pediatra”.

Uma das puérperas relatou não poder contar com ninguém no momento da hospitalização do bebê dela na UTIN. Este é um aspecto relevante, pois a percepção do apoio social posto a disposição pela rede de contatos pode trazer benefícios para a saúde da genitora e do seu bebê.

Tabela 3 - Apoio que é importante ser recebido após a alta do bebê. Natal/RN; 2014.

<b>Categorias</b>	<b>Número</b>	<b>% Número</b>
Apoio material	13	72,2
Apoio afetivo	3	16,7
Relata não necessitar de apoio	2	11,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

O apoio que a maioria das mães referiu que é importante ser recebido após a alta do bebê é o apoio material que está relacionado à assistência material e comportamental, posta a disposição pela rede social (Griep, 2005). Este tipo de apoio foi mencionado como relevante para questões gerais, como por exemplo: “Marcar consultas, essas

coisas, tem que ter”; “o meu marido, que já não está mais trabalhando, que já pra dar um suporte melhor para mim”; “Apoio dos familiares, da família... Dar ajuda”.

Este tipo de apoio também foi mencionado em falas que retratam a importância do auxílio nos afazeres domésticos e cuidado com o bebê: “Eu acho que vou precisar assim da minha sogra dando uma ajudinha, um apoio assim dentro de casa né? Lavando, assim, uma roupa pra mim”; “Preciso de alguém pra, pra ficar com ele, pelo menos enquanto eu tomo um banho, preciso de alguém que me ajude”; “Me ajudar em alguma coisa que precisar, né? Pra tá olhando ela!”; “Da minha ex cunhada, porque...eu vou precisar muito dela, como até hoje eu preciso, que ela me ajuda muito com o outro.”

Ainda em relação a poder contar com alguém que auxilie nos cuidados ao bebê, as mães referiram à importância de ter alguém que auxilie no banho, como pode ser observado nas seguintes frases: “De dar banho, acho que é a pior coisa”; “Eu acho que pra tudo, porque pra dá banho (...); “Cuidando dele, dar banho”. Além disso, foi mencionada também a ajuda em recursos financeiros e materiais para o bebê: “De fralda, da banheira eu já falei né? De roupinha”; “Em recursos financeiros, que vai precisar muito porque num é assim num é tão fácil como seja normal, num é?!”; “O apoio que eu vou precisar é primeiramente financeiro”.

A categoria apoio afetivo também foi citada como importante, sendo representada nas seguintes unidades de registro: “Ah, da família, muito amor.”; “Eu acho que de tipo de ajuda é só a família perto mesmo, todo mundo e rindo e vendo a menina.”; “Ajudar... Eu pediria que eles tivessem do meu lado, pronto”. Algumas genitoras afirmaram que após a alta hospitalar do seu filho acham importante poder contar com pessoas que demonstrem que as amam, sendo a família apontada como aquela que pode vir a disponibilizar esse apoio.

Outras mães mencionaram que acham que não precisarão receber nenhum tipo de ajuda ou apoio após a alta do bebê, pois acreditam que nesse momento poderão cuidar do seu filho. Neste caso, a saída dos neonatos do hospital parece representar para as mães a real possibilidade para que elas cuidem plenamente de seus filhos, não necessitando de ajuda, como pode ser observado nos seguintes relatos: “De apoio... Não”; “Nenhuma minha filha. Nenhuma”.

Quando questionadas a respeito do que elas compreendiam como apoio social, a maioria das mães relatou acreditar que este construto está relacionado a aspectos referentes ao apoio emocional. Foi destacada a importância do apoio psicológico e de ter alguém com quem conversar, como pode ser observado nos seguintes trechos: “(...) A psicóloga... a psicóloga daqui era para aparecer mais aqui porque, assim, tem pessoas aqui que faz cinco meses”; “É... eu acho que, de uma forma geral, de questão de ajuda psicológica, de ajuda, de, assim, conselhos, eu acho, um apoio de conversa”; “Uma ajuda, de alguém assim sempre ao seu lado”.

Ademais, foi mencionada a associação do apoio social com demonstrações de empatia, de alguém com quem contar: “Acho que é, a pessoa ta junto... é... é isso em geral, é ta junto, ta presente ali o tempo todo, entendeu?”; “Família... Que é a base de tudo com certeza”; “Só Deus mesmo, e mais ninguém”; “Uma pessoa que chega para lhe ajudar, assim... mesmo que não seja da sua família, que seja de outra... mas chega e dá aquele apoio”; “Apoiar sempre o próximo. Eu apoiando o próximo, para que o próximo também me apóie”.

Algumas participantes citaram aspectos referentes à assistência material e comportamental: “Hospitalar né, eu acho? Uma ajuda assim, da enfermeira, da assistente social?”; “É, é vou precisar de um transporte né, de uma locomoção para vir

do interior pra cá”; “Apoio da minha mãe, na minha cabeça vem isso, porque se minha mãe não tivesse me ajudado eu não sei nem o que seria de mim”. Destaca-se que seis mães relataram não saber responder.

Quando questionadas se desejavam acrescentar mais alguma coisa ao que já havia sido perguntado, a maioria das mães respondeu que não. Além disso, em alguns casos essa pergunta não foi feita, devido a circunstâncias como algum profissional da saúde precisar falar com a participante, ou a mãe apresentar sinais de cansaço. Duas mães deram respostas diversas, que por isso foram enquadradas na categoria outros focos: “(...) não percam a fé em Deus, porque a fé em Deus move montanhas; “Não, acho que é só isso mesmo assim, gostei muito do atendimento daqui do hospital”.

Com base nos resultados das entrevistas e nos dados apresentados no Estudo I desta tese, foi possível elaborar a definição operacional do apoio social. Por se tratar de um construto multidimensional, optou-se por efetuar definições específicas para cada dimensão. Além disso, devido a presente tese pretender avaliar o apoio percebido, a definição operacional parte do pressuposto que o indivíduo percebe que pode contar com alguém que disponibilize as tarefas comportamentais.

Tabela 4 – Definição operacional do apoio social. Natal/RN; 2014.

Tipo de apoio	Definição operacional
Apoio de informação	Para dar informações sobre o estado de saúde do bebê; Que dê orientações sobre os cuidados que a genitora deve ter com seu bebê; Para dar informações sobre como funciona a UTI; Que oriente a puérpera em relação aos cuidados que ela deve ter com a sua saúde; Para dar informações a respeito de como ela deve cuidar do bebê após alta hospitalar; Que explique como o bebê está; Que dê informações que ajudem a compreender a situação de hospitalização do bebê.
Apoio emocional	Que escute a genitora quando ela necessita conversar; Para compartilhar preocupações quanto à hospitalização do bebê; Com quem a puérpera pode conversar sobre a hospitalização do bebê; Que compreende quando a genitora está estressada com a rotina hospitalar; Que entende como é cuidar de um bebê prematuro.
Apoio material	Que visite o bebê na UTI, se a mãe não puder visitá-lo; Que ajude a genitora a cuidar do bebê, caso ela precise; Que a ajude com materiais, como roupas e fraldas para o seu bebê, caso ela precise; Que a ajude a caminhar no hospital, caso ela precise.
Apoio afetivo	Que demonstre que a ama; Que demonstre que se importa com ela; Que lhe dê uma palavra de conforto; Que lhe dê uma palavra de ânimo; Que lhe dê atenção; Que demonstre afeto por ela; Que demonstre que gosta dela.

### 7.3 Discussão

Quando as participantes deste estudo foram questionadas sobre as pessoas com as quais podem contar quando precisam de ajuda, durante a vida de forma geral, ou para ajudá-las a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê, a maioria delas respondeu que podem contar com seus familiares. O apoio familiar é o primeiro a ser solicitado pelas mães e apontado como fundamental no atendimento de suas necessidades (Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006). Destaca-se assim a relevância do suporte posto a disposição pela rede de apoio familiar, visto que este pode vir a proporcionar que as mães sintam-se mais seguras e tranquilas (Anjos *et al.*, 2012; Brasil, 2011).

Para além dos familiares, as genitoras também referiram que podem contar com outras pessoas, tais como: amigos, patroa, enfermeiros, médicos, e Jesus. Em alguns casos, essa rede definida neste estudo como sendo composta por “outros significativos”, foi à única fonte de apoio com quem a genitora pôde contar.

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde salienta a importância de que os profissionais da saúde que trabalham com mães de bebês prematuros hospitalizados, identifiquem se elas podem contar com um companheiro, ou com sua família para auxiliá-la neste período (Brasil, 2011). É relevante observar qual a composição de rede social destas genitoras e se ela existe efetivamente, para que quando necessário a equipe acione uma rede de apoio que torne possível a puérpera ter com quem contar durante e após a hospitalização do bebê.

Outro aspecto a ser destacado é que as mães acompanhantes partilham os conflitos e experiências vivenciadas na UTIN. Enquanto trocam experiências, percebem que outras pessoas também vivenciaram os mesmos sentimentos e angústias. Essas



genitoras podem formar uma rede de apoio entre elas, criando laços de amizade e experiências (Araújo & Rodrigues, 2010).

Uma das mães relatou poder contar com Jesus. A importância da fé em Deus também foi constatada em um estudo que teve como objetivo conhecer a vivência de pais que tiveram seu bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A fé foi apresentada relacionada à presença de esperança e conforto, auxiliando as puérperas a enfrentarem o processo de hospitalização de seus filhos (Oliveira *et al.*, 2013).

Observa-se que apesar de ao permanecerem como acompanhantes dos seus bebês as mães terem reduzido o contato com a sua rede social, as participantes deste estudo referiram que podem contar com seus familiares e/ou com outros significativos para auxiliá-las tanto na sua vida de forma geral, quanto durante a internação do neonato. Deste modo, a necessidade de acolhimento pode ser suprida com o auxílio da ajuda posta a disposição pela família, mediante da interação entre as genitoras acompanhantes, por meio dos relacionamentos mantidos com alguns profissionais da equipe de saúde e através da fé.

Uma das genitoras referiu que não podia contar com ninguém durante a internação do seu filho na UTIN. É de suma relevância que os profissionais da saúde possam identificar casos como este, para que sejam buscados mecanismos que ajudem na promoção da existência de uma rede de contatos mais eficaz, que possa auxiliá-la (Brasil, 2011).

Quando as participantes foram questionadas a respeito do tipo de apoio que achavam importante ser recebido, durante o período de hospitalização na UTIN, a maior porcentagem de mães referiu ser o apoio de informação. As respostas das genitoras

estavam relacionadas à disponibilidade do fornecimento de orientações e informações por parte dos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que desde o primeiro encontro da mãe com seu bebê, a equipe de saúde deve procurar facilitar sua inserção neste ambiente, acolhendo-a fisicamente e afetivamente. Dessa forma, é fundamental que a genitora esteja acompanhada por um profissional de saúde durante sua primeira visita a UTIN. Este deve ouvir suas preocupações e temores e oferecer informações sobre os cuidados que o neonato está recebendo, assim como sobre os aparelhos e a rotina da equipe. Essa atenção dada às mães pode contribuir para a redução da ansiedade e proporcionar maior envolvimento destas com a equipe e cuidados ao bebê ao longo do período de internação (Brasil, 2011)

Essa participação da equipe de saúde ao acompanhar a mãe na primeira visita da UTIN é relevante, pois quando a puérpera é apresentada ao filho prematuro logo após o parto, esse primeiro encontro ocorre rapidamente e, em alguns casos, logo em seguida o recém-nascido precisa ser encaminhado pra a UTIN. Portanto, algumas mães que tem seus bebês hospitalizados em unidades neonatais relatam que o primeiro contato com o bebê é efetivado quando ele já está internado (Perlin, Oliveira & Gomes, 2011).

Além disso, a maioria das mães reporta que não estava preparada para a necessidade de internação do neonato em um ambiente como a UTIN. Inicialmente, as genitoras ficam assustadas com o tamanho do bebê e a quantidade de aparelhos e tubos conectados a eles, e precisam superar o medo de ferir ou machucar seus filhos. O desconhecimento das funções dos aparelhos e a falta de compreensão do estado clínico dos neonatos também podem fazer com que a situação seja percebida como ainda mais ameaçadora (Lee, Long & Boore, 2009; Perlin, Oliveira & Gomes, 2011).

As genitoras referem que é impossível não serem impactadas durante a primeira visita ao neonato que está internado. Entretanto, elas relatam também a importância de serem preparadas para este momento através de informações concretas sobre como a criança se encontra, suas possibilidades e necessidades, assim como as normas e rotinas do setor, sobre o seu ambiente físico e, principalmente, a respeito da importância de sua presença junto ao recém-nascido e como pode contribuir com a sua recuperação (Perlin, Oliveira & Gomes, 2011).

Nesse sentido, as próprias mães relatam a necessidade de maior diálogo entre elas e profissionais, referindo desejo de serem informados sobre a condição clínica do filho e receberem orientações acerca dos cuidados prestados ao neonato (Lee, Long & Boore, 2009). Portanto, percebe-se que é necessário haver uma sistematização da assistência e acolhimento, a fim de assegurar que as genitoras recebam informações e sejam capacitadas para assumir cada vez mais os cuidados aos seus filhos durante o período de hospitalização destes (Siqueira & Dias, 2011).

O segundo tipo de apoio que as participantes relataram achar importante ser recebido, durante a internação do neonato foi o apoio emocional. O parto prematuro, seguido da hospitalização do bebê na UTIN é um período em que a genitora vivencia intensa labilidade emocional, precisando lidar com o adoecimento de seu filho e a internação deste em um local em que são atendidas crianças que necessitam de acompanhamento integral, sendo este ambiente muitas vezes compreendido como atemorizante (Souza *et al.*, 2013).

Um estudo constatou que as genitoras de bebês prematuros apresentam maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão do que as de neonatos que nasceram a termo. Observa-se que este contexto deve ser compreendido como representativo de

riscos para a saúde mental das puérperas que vivenciam tal situação (Favaro, Peres & Santos, 2012).

Em alguns casos o parto prematuro pode ser caracterizado como experiência traumática, acarretando prejuízos no estabelecimento do vínculo mãe-bebê (Pontes & Cantillino, 2014). Apesar de nem todo parto pré-termo ser traumático, os casos em que isto ocorre precisam ser avaliados, para evitar danos à vinculação da genitora com seu filho.

Percebe-se assim que o nascimento pré-termo, seguido da hospitalização do neonato, representa um período de vulnerabilidade emocional para as genitoras. Neste contexto, elas precisam conviver com a necessidade de seus filhos estarem sob cuidados intensivos, com o ambiente hospitalar e com as demandas comuns as mães que permanecem como acompanhantes de seus filhos. Dessa maneira, as puérperas percebem que é importante contar com alguém que as compreenda e que faça com que elas sintam-se aceitas, acreditando que podem demonstrar seus sentimentos.

O apoio material foi outra categoria abordada pelas participantes do presente estudo como um tipo de apoio que é importante ser recebido durante a hospitalização do bebê na UTIN, estando relacionado à disponibilidade de auxílio financeiro e comportamental. Frello e Carraro (2012) abordaram a importância das mães poderem contar com pessoas que se disponibilizem a ser envolvidas nos cuidados ao bebê e a estar com elas.

A categoria que teve um menor número de resposta foi o apoio afetivo, sendo destacada a importância das mães receberem, durante a hospitalização do bebê, demonstrações de que são queridas e amadas pelos membros de sua rede social. Este é

um aspecto relevante, pois durante a vivência deste momento de crise, faz-se necessário que as genitoras percebam que podem contar com seus laços de afeto (Brasil, 2011).

Quando questionadas a respeito do tipo de apoio que elas acreditavam que necessitariam quando seus filhos recebessem alta e pudessem ir para casa, as participantes relataram acreditar que precisariam de apoio material, sendo este posto a disposição principalmente pelos seus familiares. Observa-se que o apoio dado as puérperas, pelos familiares pode contribuir para que elas sintam-se mais seguras e tenham menos dificuldade ao cuidar do bebê prematuro após a alta hospitalar (Couto & Praça, 2012).

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde insiram os familiares no planejamento efetuado para quando o bebê puder ir para o seu domicílio. Destaca-se assim a importância de que a genitora receba suporte para que possa cuidar adequadamente de seu filho (Siqueira & Dias, 2011).

O apoio afetivo também foi mencionado como importante. Algumas participantes relataram que após a alta hospitalar do seu filho acham importante poder contar com pessoas que demonstrem que as amam, sendo a família apontada como aquela que pode vir a disponibilizar esse apoio. Um estudo desenvolvido por Frota e seus colaboradores, identificou que o apoio social recebido após a alta hospitalar auxilia a genitora na adaptação à nova realidade (Frota *et al.*, 2013).

Algumas mães mencionaram que acham que não precisarão receber nenhum tipo de ajuda ou apoio após a alta do bebê. Isto ocorreu, pois elas referiram acreditar que nesse momento poderão cuidar plenamente do seu bebê, sem a interferência do ambiente hospitalar. Este é um aspecto que merece especial atenção, pois o apoio social tem sido mencionado na literatura científica como forma de auxiliar a genitora nos

cuidados ao bebê e na adaptação ao seu novo modo de vida (Couto & Praça, 2012; Frota *et al.*, 2013; Siqueira & Dias, 2011).

Quando interrogadas a respeito do que elas compreendiam como apoio social, a maioria das mães relatou respostas que continham unidades de registro que foram incluídas nas categorias apoio emocional e apoio material. Todavia, seis mães relataram não saber responder. Apesar de terem respondido anteriormente a respeito do tipo de apoio que acham importante receber durante a hospitalização e a pós a alta do bebê, estas genitoras referiram não conseguir formular nenhuma definição do que seria o apoio social.

Segundo Pasquali (2010) “Uma definição de um construto é operacional quando o mesmo construto é definido, não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos por meio dos quais o tal construto se expressa” (p. 174). Todavia, além de ser operacional, este tipo de definição precisa cobrir o máximo possível do espaço semântico do próprio construto.

Um aspecto que auxiliou no desenvolvimento da definição operacional foi à recomendação de que este tipo de conceito deve abordar as categorias de comportamentos que podem ser identificadas como a representação comportamental do construto. Assim, levou-se em consideração que quanto mais completa e melhor elaborada for essa especificação, mais chance o instrumento de ser válido (Pasquali, 2010).

#### 7.4 Conclusão

Foi possível responder ao objetivo deste estudo, ao elaborar desenvolvimento de uma definição operacional do apoio social. A partir dos resultados do Estudo I e das entrevistas semi estruturadas, foi possível estabelecer uma conceituação que representou o apoio social em termos comportamentais.

Por se tratar de um construto multidimensional, optou-se por realizar uma definição operacional de cada dimensão do apoio social. Pois por abarcar aspectos comportamentais, o apoio é expresso através de suas dimensões.

Foi possível identificar que as mães de bebês prematuros hospitalizados referem que os principais membros integrantes da sua rede de apoio são seus familiares. Esse dado salienta a importância da equipe de saúde interagir com os membros da família, para que estes também sejam orientados quanto aos aspectos que perpassam os cuidados a um bebê prematuro que necessita de hospitalização, destacando a relevância de que as puérperas sintam-se apoiadas neste momento.

Também foi abordada a necessidade de apoio de informação e emocional, material e afetivo. Conhecer os tipos de apoio identificados pelas genitoras como sendo relevantes e as características desses tipos de apoio, pode auxiliar no desenvolvimento de intervenções, proporcionando as genitoras sentirem que recebem um melhor suporte durante o período de hospitalização do seu bebê na UTIN, gerando benefícios para a saúde dela e de seu neonato.

Em relação ao apoio caracterizado como importante para ser recebido após a alta hospitalar, destaca-se o apoio material e o afetivo. Este é um dado de extrema relevância, pois é necessário que não só a genitora, como também membros da sua rede

de apoio sejam incluídos na preparação para a alta hospitalar. É importante que com o auxílio da sua rede de contatos sociais a mãe sinta-se capaz de exercer os cuidados adequados ao seu filho.



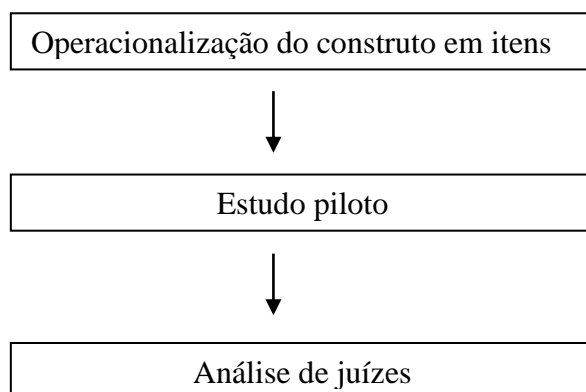
## **8. Estudo III – Elaboração da Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados**

O Estudo III tem como base tanto o pólo teórico, no que se refere à operacionalização do construto em itens e a definição das etapas e técnicas necessárias para realização do estudo piloto e da análise de juízes (Pasquali, 1998). Assim este visa construir um instrumento para avaliação do apoio social em genitoras de neonatos pré-termo hospitalizado.

### **8.1 Método**

Trata-se de um estudo descritivo metodológico. Os itens foram desenvolvidos com base nos resultados do Estudo I, sendo considerados os instrumentos identificados na revisão sistemática da literatura que avaliaram o apoio social, bem como as definições constitutivas. Também foram utilizados os resultados do Estudo II, que por meio das entrevistas semi estruturadas, possibilitou a construção das definições operacionais.

Figura 2



Ademais foram utilizadas 12 regras para a construção dos itens, sendo estas: 1) critério comportamental; 2) critério de objetividade ou de desejabilidade; 3) critério da simplicidade; 4) critério da clareza; 5) critério da relevância; 6) critério da precisão; 7) critério da variedade; 8) critério da modalidade; 9) critério da tipicidade; 10) critério da credibilidade; 11) critério da amplitude; 12) critério do equilíbrio (Pasquali, 2010). O uso destes critérios possibilitou que o instrumento fosse elaborado de maneira mais eficaz, havendo uma maior probabilidade de que tenha evidências de validade.

A avaliação de conteúdo dos itens foi efetuada por cinco juízes expertises na área de materno ou de apoio social. Eles avaliaram aspectos referentes à análise semântica dos itens, verificando se eles são inteligíveis para todos os extratos de habilidade da população a que o instrumento se destina (Pasquali, 2010). Para tanto, os itens foram avaliados em (1= fácil entendimento; 2 = médio entendimento; 3 = de difícil entendimento). Além disso, os juízes identificaram a que dimensão do apoio social cada item pertencia, sendo esta etapa efetuada da seguinte forma (1= apoio de informação; 2 = apoio material; 3 = apoio afetivo).

Na primeira rodada da avaliação, alguns juízes referiram uma dificuldade para identificar a que dimensão do apoio social cada item pertencia. Os expertises atestaram a qualidade dos itens (utilizado os critérios mencionados no parágrafo acima), mencionando que o obstáculo no momento da classificação foi devido a necessidade de aprimoramento das definições conceituais das dimensões, sugerindo distinguir a dimensão emocional da de informação.

Inicialmente, foram abordadas as dimensões de apoio de informação, material e afetivo. A dimensão de apoio emocional não foi utilizada na primeira rodada do estudo, pois alguns estudos de validação realizados com a MOS não identificaram distinção entre ela e a dimensão de informação (Griep, 2005; Sherbourne, 1991).

Na segunda rodada a modificação destas definições de apoio social foi efetuada e o instrumento foi novamente apresentado para ser apreciado pelos juízes, no que se refere à análise das dimensões. Destaca-se que nesta etapa apenas três dos cinco juízes puderam participar. Estes referiram que as definições conceituais estavam claras e realizaram a segunda rodada da avaliação.

Por fim, foram realizados dois estudos pilotos, nos quais foi dada continuidade a verificação teórica. Cada um deles contou com a participação de cinco genitoras de neonatos pré-termos hospitalizados. Estas possuíam diferentes níveis de escolaridade (de ensino fundamental a superior incompleto) e avaliaram se compreendiam os itens, o que possibilitou identificar se estes estavam adequados para serem utilizados com diversos extratos de habilidade da população meta.

### 8.1.1 Procedimentos

Os juízes foram expertises na área de apoio social ou de materno infantil, sendo quatro mestres e um especialista. A escolha destes se deu de forma aleatória (não sendo adotados critérios de inclusão e exclusão), por serem pesquisadores com conhecimento nas referidas áreas. O contato com eles foi realizado durante o mês de janeiro de 2015, via correio eletrônico. Foi enviado um convite com a solicitação para participação na pesquisa e para aqueles que se disponibilizaram a participar, foi estipulado um prazo de 15 dias para envio da avaliação.

Esse prazo foi cumprido por cinco expertises, que constituíram o número de juízes participantes da primeira rodada deste estudo. Para tanto, foi enviado um documento em *Word for Windows*, que tinha detalhes a respeito desta pesquisa, abordando a definição constitutiva do apoio social e de suas dimensões.

No que se refere aos procedimentos adotados nos estudos pilotos, as participantes foram contatadas nos hospitais que sediaram a presente pesquisa, seguindo os procedimentos semelhantes às etapas anteriores de coleta deste estudo. Cinco mães de bebês prematuros hospitalizados participaram do primeiro estudo piloto e cinco do segundo. O primeiro estudo piloto foi realizado concomitantemente com a análise de juízes, já o segundo estudo piloto foi efetuado após a análise dos expertises, durante o mês de fevereiro de 2015. O propósito da realização dos dois estudos pilotos foi continuar a verificação referente a se os itens da escala eram compreensíveis para a população meta.

Ainda com a finalidade de certificar que os itens estavam escritos de maneira clara, o instrumento foi enviado para dois revisores de português. Neste momento, foi explicado que o instrumento seria utilizado com mães de bebês prematuros hospitalizados, com escolaridade que variava de ensino fundamental incompleto a pós-graduação, sendo necessário que as correções fossem realizadas levando em consideração a realidade da população meta. Assim, foram efetuadas as correções gramaticais nos itens.

### 8.1.2 Análise de dados

Na análise dos dados foi feito uso de estatística descritiva, análise dos itens e análise de frequência de respostas. Os dados foram tabulados em uma planilha do *Excel for Windows*. Os itens foram considerados adequados quando houve uma taxa de concordância acima de 60%.

## 8.2 Resultados

### 8.2.1 Construção dos itens

Como referido na sessão do método, os itens foram construídos com base nos resultados do Estudo I e do Estudo II. Assim, quanto à contribuição da literatura científica, faz-se premente salientar que a escala desenvolvida nesta tese foi fortemente baseada no Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire (MOS), pois este apresenta uma boa representação das dimensões do apoio em itens comportamentais.

Ademais, ele foi o instrumento mais utilizado no mundo para avaliar o apoio social, tendo boa qualidade psicométrica (Dantas, Alchieri, Maia, 2015).

Apesar de ter boas propriedades psicométricas, optou-se por não utilizar o MOS na íntegra por este conter uma dimensão de interação social positiva, na qual os itens não são adequados a realidade vivida pela população meta. Outro aspecto levado em consideração, é que existem fatores específicos ao contexto das mães acompanhantes de neonatos prematuros hospitalizados que não são contemplados no referido instrumento, como por exemplo o fato do nascimento pré-termo e das mães permanecerem no hospital como acompanhantes dos seus bebês.

Ademais, apesar de alguns itens da *Medical Outcomes Study Social Support Questionnaire* terem sido usados para auxiliar na construção do instrumento desenvolvido na presente tese, foram efetuadas modificações para adequá-los as habilidades de compreensão da população alvo, pois muitas dessas genitoras possuem baixo nível de escolaridade.

Também optou-se por incluir no instrumento questões a respeito da rede social da participante, sendo investigado o número de pessoas com as quais ela percebe que pode contar. Dessa maneira, as genitoras foram questionadas se podiam contar com algum familiar para lhes ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu filho, podendo a resposta variar entre sim e não. Caso respondesse sim, foi solicitado que ela afirmasse com quantos familiares podia contar. Essa questão também foi efetuada em relação aos amigos, sendo indagado se a genitora podia contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de internação do neonato. A elaboração dessas questões foi realizada tendo como base a literatura revisada no Estudo I dessa tese.

Em relação ao enunciado que precede os itens, houve a preocupação de que este

fosse escrito de forma clara e objetiva, podendo ser compreendido pelos diferentes extratos da população, assim, nele constava a seguinte afirmativa: “Essa escala é composta por uma lista de frases a respeito da ajuda e apoio que você percebe receber desde o momento que chegou ao hospital. Marque a opção que melhor representa a sua percepção.” As opções de respostas variam entre “tanto quanto gostaria”, “quase tanto gostaria”, “menos do que gostaria”. A escolha por escala do tipo likert com três alternativas, foi fundamentada no fato de possibilitar que ela fosse melhor compreendida pelas mães com baixo nível de escolaridade (Pasquali, 2010).

#### 8.2.2 Análise de juízes

Na análise semântica 35 itens foram considerados adequados, sendo classificados por pelo menos três dos cinco juízes como de fácil entendimento. Apenas a sentença número oito foi considerada parcialmente adequada (ou seja, mais de dois juízes a consideraram como de médio entendimento), necessitando de modificação (tabela 5).

Tabela 5 – Análise semântica dos itens. Natal/RN; 2015.

Item	Concordância/ semântica
1. Para dar informações sobre o estado de saúde do seu bebê.	80%
2. Que lhe escute quando você necessita conversar.	80%
3. Que dê orientações sobre os cuidados que você deve ter com seu	60%
4. Para dar informações sobre como funciona a UTI.	80%
5. Que lhe oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua	80%
6. Para dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após alta hospitalar.	60%
7. Que explique como o seu bebê está.	100%
<b>8. Para compartilhar suas preocupações quanto a hospitalização do</b>	<b>40%</b>
9. Que lhe aceite como você é.	80%
10. Que lhe oriente a como resolver um problema.	100%
11. Com quem você pode conversar sobre a hospitalização do bebê.	100%
12. Que compreende quando você está estressada com a rotina	80%
13. Que entende como é cuidar de um bebê prematuro.	80%
14. Com que você pode falar sinceramente, sem medo de ser julgada.	80%
15. Que lhe dê informações que ajudem a compreender a situação de hospitalização do seu bebê.	80%
16. Que lhe dê bons conselhos.	100%
17. Com quem você pode contar em qualquer situação da sua vida.	100%
18. Para compartilhar seus medos mais íntimos.	80%
19. Que lhe ajude se você adoecer.	100%
20. Para levá-la ao médico, caso você precise.	100%
21. Para fazer suas refeições, caso você não possa prepará-las.	100%
22. Que lhe ajude financeiramente, caso você precise.	80%
23. Que lhe ajude com materiais como roupas e fraldas para o seu bebê, caso você precise.	100%
24. Que lhe ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise.	80%
25. Que lhe ajude nas tarefas domésticas.	80%
26. Que visite o seu bebê na UTI, se você não puder visitá-lo.	80%
27. Que lhe ajude a caminhar no hospital, caso você precise.	100%
28. Que demonstre que lhe ama.	100%
29. Que se importa com você.	100%
30. Que lhe faça sentir-se querida.	80%
31. Que lhe dê uma palavra de conforto.	80%
32. Que lhe dê uma palavra de ânimo.	60%
33. Que lhe dê atenção.	100%
34. Que demonstre que sente carinho por você.	80%
35. Que demonstre afeto por você.	80%
36. Que goste de você.	100%



### 8.2.3 Resultados da segunda rodada da análise de juízes

Após a reformulação das definições constitutivas, conforme descrito na seção de procedimentos, no que se refere à adequação das dimensões aos itens. Nessa segunda rodada, havendo concordância unânime de que as sentenças 9, 12, 16, e 17 correspondiam à dimensão de apoio emocional. Também houve concordância unânime em relação às dimensões a que pertencem os demais itens.

No resultado da segunda rodada dos juízes, foi constatada uma concordância de 100% quanto à adequação dos itens as dimensões. Assim serão apresentadas algumas tabelas que auxiliam a identificar como ficou a divisão dos itens por dimensões.

A tabela 6 aborda o apoio de informações, que contempla a disponibilidade de informações e orientações a serem fornecidas para o indivíduo (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991). Salienta-se que a opção pela apresentação em tabelas é para facilitar a visualização dos itens que pertencem a cada dimensão.

Tabela 6 – Itens que compõe a dimensão de apoio de informação. Natal/RN; 2015.

Item do instrumento	Concordância %
1. Para dar informações sobre o estado de saúde do seu bebê.	100
2. Que lhe escute quando você necessita conversar.	100
3. Que dê orientações sobre os cuidados que você deve ter com seu	100
4. Para dar informações sobre como funciona a UTI.	100
5. Que lhe oriente em relação aos cuidados que você deve ter com	100
6. Para dar informações a respeito de como você deve cuidar do	100
7. Que explique como o seu bebê está.	100
8. Para compartilhar suas preocupações quanto a hospitalização do	100
10. Que lhe oriente a como resolver um problema.	100
11. Com quem você pode conversar sobre a hospitalização do	100
13. Que entende como é cuidar de um bebê prematuro.	100
14. Com que você pode falar sinceramente, sem medo de ser	100
15. Que lhe dê informações que ajudem a compreender a situação	100
18. Para compartilhar seus medos mais íntimos	100
Total de itens	14

A dimensão de apoio emocional se refere à compreensão de que o indivíduo pode contar com pessoas da sua rede social que o compreendam e são empáticos (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991). Os itens incluídos nessa dimensão fazem contemplam essa definição constitutiva, bem como a definição comportamental referente a este aspecto funcional do construto (tabela 7).

Tabela 7 - Itens que compõe a dimensão de apoio emocional. Natal/RN; 2015.

Item (n = 9)	Concordância %
9. Que lhe aceite como você é.	100
12. Que compreende quando você está estressada com a rotina	100
16. Que lhe dê bons conselhos.	100
17. Com quem você pode contar em qualquer situação da sua vida.	100
Total de itens	4

O apoio material se refere à assistência material e comportamental (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991). Assim, os itens que contemplam essa dimensão abarcam

aspectos assistenciais e comportamentais que as mães de bebês prematuros hospitalizados podem vir a necessitar receber durante o período de hospitalização dos seus filhos na UTIN (tabela 8).

Tabela 8 – Itens que compõe a dimensão de apoio material. Natal/RN; 2015.

Item do instrumento (n=9)	Apoio material %
19. Que lhe ajude se você adoecer.	100
20. Para levá-la ao médico, caso você precise.	100
21. Para fazer suas refeições, caso você não possa prepará-las.	100
22. Que lhe ajude financeiramente, caso você precise.	100
23. Que lhe ajude com materiais como roupas e fraldas para o seu bebê, caso você precise.	100
24. Que lhe ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise.	100
25. Que lhe ajude nas tarefas domésticas.	100
26. Que visite o seu bebê na UTI, se você não puder visitá-lo.	100
27. Que lhe ajude a caminhar no hospital, caso você precise	100
Total de itens	9

O apoio afetivo engloba demonstrações de amor, carinho e afeto por parte das redes sociais. Este é um aspecto relevante, pois as genitoras acompanhantes de bebês prematuros hospitalizados podem vir a permanecer muito tempo tendo contato reduzido com sua rede social (tabela 12) (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991).

Tabela 9 – Itens que compõe a dimensão de apoio afetivo. Natal/RN; 2015.

Item do instrumento (n = 9)	Apoio afetivo %
28. Que demonstre que lhe ama	100
29. Que se importa com você.	100
30. Que lhe faça sentir-se querida	100
31. Que lhe dê uma palavra de conforto	100
32. Que lhe dê uma palavra de ânimo.	100
33. Que a ajude a caminhar no hospital, caso você precise	100
34. Que demonstre que sente carinho por você.	100
35. Que demonstre afeto por você.	100
36. Que goste de você.	100
Total de itens	9

### 8.2.3 Resultados do primeiro estudo piloto

O primeiro estudo piloto foi efetuado com cinco mães com idade que variou entre 18 a 28 anos. Quatro moravam no interior do Estado e 1 em Natal. Quanto à escolaridade, duas tinham o fundamental incompleto, duas tinham ensino médio incompleto e uma cursou o ensino superior completo. No que se refere à renda, quatro ganhavam 1 salário mínimo e uma dois salários.

Na avaliação feita por estas genitoras, apenas o item 8 foi classificado por quatro dos cinco participantes como de difícil entendimento. A sugestão para modificação dada pelas mães foi à mesma referida pelos juízes, portanto, foi mantida a modificação citada no tópico anterior. Já a avaliação dos demais itens teve concordância ou unânime, ou entre quatro participantes, de que eles eram de fácil entendimento.

### 8.2.4 Resultados do segundo estudo piloto

Quanto à caracterização das cinco mães que participaram do segundo estudo piloto. A idade variou entre 21 e 34 anos, três moravam no interior e uma em Natal. Duas estavam em união estável, uma estava casada e a outra solteira. Em relação à escolaridade uma tinha ensino superior, duas ensino médio completo e duas ensino médio incompleto. Quanto a renda, três recebiam 1 salário e uma mais de dois salários. Uma das participantes não informou a cidade onde vive, o estado civil e a renda.

Houve uma concordância de 80% a 100% de que os itens da Escala para avaliação de neonatos prematuros hospitalizados eram de fácil entendimento, não sendo necessário efetuar nenhuma modificação.

### 8.2.5 Resultados correção léxica e gramatical

Tendo como finalidade assegurar que o instrumento seria compreendido por diferentes extratos da população meta, bem como estaria de acordo com as normas da língua portuguesa, este foi avaliado por dois expertises em correção lexical e gramatical de textos. As sugestões de modificações efetuadas pelos profissionais estão registradas na tabela abaixo (tabela 10).

Tabela10 – Correção léxica e gramatical. Natal/RN; 2015.

Versão original	Versão modificada
2. Que lhe escute quando você necessita conversar	Que a escute quando você necessita conversar
5. Que lhe oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde	Que a oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde
6. Para dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após alta hospitalar.	Para lhe dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após alta hospitalar.
7. Que explique como o seu bebê está	Que lhe explique como o seu bebê está
8. Para compartilhar suas preocupações quanto a hospitalização do seu bebê.	Para falar sobre suas preocupações com a hospitalização do seu bebê
9. Que lhe aceite como você é	Que a aceite como você é
10. Que lhe oriente a como resolver um problema	Que a oriente para a resolução de problemas
15. Que lhe dê informações que ajudem a compreender a situação de hospitalização do seu bebê	Que lhe dê informações que ajudem você a compreender a situação de hospitalização do seu bebê
19. Que lhe ajude se você adoecer	Que a ajude se você adoecer
22. Que lhe ajude financeiramente, caso você precise	Que a ajude financeiramente, caso você precise
23. Que lhe ajude com materiais como roupas e fraldas para o seu bebê, caso você precise	Que a ajude com materiais, como roupas e fraldas para o seu bebê, caso você precise
24. Que lhe ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise	Que a ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise
25. Que lhe ajude nas tarefas domésticas	Que a ajude nas tarefas domésticas
27. Que lhe ajude a caminhar no hospital, caso você precise	Que a ajude a caminhar no hospital, caso você precise
28. Que demonstre que lhe ama	Que demonstre que ama você
30. Que lhe faça sentir-se querida	Que a faça sentir-se querida

### 8.3 Discussões

Pasquali (2010) ressalta a importância da realização da análise de juízes e do estudo piloto no processo de validação de um instrumento. Faz-se assim necessário

identificar se os itens são compreensíveis tanto para aqueles indivíduos da população com maior nível de escolaridade, quanto para aqueles com menos anos de estudo.

Não optou-se por utilizar grupos de 30 pessoas, para fazer um brainstorm, como preconizado por Pasquali (2010), pois as participantes desse estudo estão vivendo um momento de vulnerabilidade e o grupo poderia evocar outras questões, abrindo margem para o surgimento de demandas que não faziam parte do escopo da pesquisa. Assim, elas foram entrevistadas individualmente.

Como as mães acompanhantes de bebês prematuros hospitalizados apresentam diferenças acentuadas em relação ao número de anos de estudo, houve uma preocupação para garantir que o instrumento pudesse ser compreendido com facilidade por mães que tem o ensino fundamental incompleto. Mas este também precisava ser apreciado pelas genitoras com maior habilidade de compreensão.

Dessa maneira, o instrumento não poderia ser difícil ao ponto das mães com baixa escolaridade não pudessem entender. Nem tão fácil que fizesse que as mães com maior número de anos de estudo perdessem o interesse para participar da pesquisa (Pasquali, 2010).

Por isso, optou-se por utilizar como amostra dos dois estudos pilotos genitoras com diferentes níveis de escolaridade. Além disso, a análise dos expertises, bem como a correção léxica e gramatical auxiliaram para que o instrumento pudesse ser compreendido pelos diferentes extratos da população.

Foram utilizados os critérios definidos por Pasquali (2010) durante o processo de elaboração dos itens. Provavelmente este foi um fator que contribui para que houvesse uma concordância mínima de 60% de que os itens eram de fácil entendimento. Além disso, eles foram construídos levando em consideração não só a literatura a respeito

desta temática, como também as entrevistas apresentadas pelas genitoras, contemplando assim expressões que são comuns ao contexto vivido pela mãe acompanhante de bebê prematuro hospitalizado.

Quanto à pertinência dos itens ao construto, a literatura científica retrata que existe uma dificuldade de conceituação em relação ao apoio social (Gottlieb, & Bergen, 2010). No presente trabalho, foi necessário desenvolver um aprimoramento mais acurado das definições constitutivas das dimensões do apoio social, para possibilitar que fosse realizada uma avaliação teórica mais precisa.

Na literatura existem diferentes dimensões que em alguns pontos assemelham-se entre si. Dessa forma, foi necessário não só definir os aspectos funcionais de cada dimensão, mas também elaborar conceitos que deixassem claro o que cada um dos aspectos funcionais do apoio se propõe a avaliar. Para tanto, foi utilizado o referencial teórico abordado por Griep (2003) e Sherbourne e Stewart (1991).

Se por um lado trata-se de um desafio que foi reconhecido pelos juízes. Por outro, saber que o construto é multidimensional e que existem algumas dimensões que são mais utilizadas na literatura auxilia para que haja coerência entre a construção do item e a dimensão a que ele pertence.

A construção de uma definição operacional, ao desenvolver os aspectos funcionais do construto em aspectos comportamentais, auxilia para que os itens sejam desenvolvidos abarcando aspectos comportamentais que contemplam a dimensão a que ele foi pensado teoricamente para representar (Pasquali, 2010).

Reppold, Gurgel e Hutz (2014), abordam que faz-se premente averiguar se alguma das dimensões do constructo coberto é super ou sub-representado no



instrumento devido ao viés do pesquisador. Destaca-se a relevância de verificar se os itens construídos são adequados teoricamente.

Esta avaliação foi inicialmente verificada pela análise de juízes, sendo posteriormente averiguada na análise fatorial. Quando foi possível verificar se os fatores apresentados na análise possuem um respaldo teórico.

#### 8.4 Conclusões

O estudo apresentou evidências de validade semântica e de conteúdo satisfatórias relacionadas a escala para avaliar o apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados, sendo necessário efetuar modificação em apenas um item. Além disso, também foram constatadas evidências de validade de conteúdo.

A escala pôde ser compreendida por diferentes estratos da população meta. Além disso, nela foram contempladas dimensões que possuem embasamento teórico e que abordam a realidade das mães de bebês prematuros hospitalizados na UTIN. Esses resultados trazem contribuições acadêmicas e sociais, pois foi possível desenvolver uma compreensão mais abrangente a respeito do construto investigado e compreender a importância deste para as mães de bebês prematuros hospitalizados.

Todavia, faz-se necessário avaliar de maneira mais aprofundada das psicométricas da escala desenvolvida nesta tese. Essa avaliação proporcionará que seja identificado se este instrumento possui evidências de consistência interna, validade de construto e de critério.

## **9. Estudo IV - Evidência de validade da Escala para avaliação do apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados**

O estudo IV tem como base o pólo analítico que está relacionado à realização das análises estatísticas a serem efetuadas, objetivando auxiliar na averiguação da validade e precisão (Pasquali, 1988). Portanto, nesta etapa foi realizado o estudo dos aspectos psicométricos da escala, respondendo ao seguinte objetivo: verificar evidências de validade do instrumento construído.

Além disso, aspectos referentes a este estudo fundamentaram a elaboração de um artigo intitulado “Evidências de validade da Escala para avaliação do apoio Social em mães de neonatos prematuros hospitalizados”. Este foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

### **9.1 Método**

Trata-se de um estudo seccional analítico. As participantes foram mães de bebês prematuros hospitalizados em UTIN. Devido à ausência de dados e estudos que indiquem a prevalência de nascimentos prematuros seguido de hospitalização do bebê em UTIN no Brasil, para realização do cálculo amostral da presente pesquisa, foi utilizado o número de neonatos hospitalizados no ano de 2009, nas duas instituições que sediaram este trabalho. Destaca-se que esses dados são os mais atuais, a que foi possível ter acesso no momento da realização do cálculo amostral.

Assim, considerando que 500 bebês foram hospitalizados nas UTIN, tendo com margem de erro aceitável 5% e um nível de confiança de 95%, obteve-se um número de 218 participantes. A fórmula estatística empregada para este cálculo é demonstrada abaixo (Santos, 2012):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n - amostra calculada

N – população (500 mães de bebês prematuros hospitalizados)

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança (nível de confiança adotado 95%)

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral (5%)

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) ser mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo internado na UTIN; b) ter idade igual ou superior a 18 anos; c) aceitar participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; d) o recém-nascido ter nascido há mais de 24h. Salientam-se ainda os critérios de exclusão, a saber: a) genitoras de neonatos que foram a óbito; b) genitoras que estavam na Unidade de Terapia Intensiva Materna.

Para obter informações que possibilitem a caracterização de aspectos sociobiodemográficos da díade mãe-bebê, foi elaborado um questionário. Neste foram abordadas informações tais como: Idade; município onde reside atualmente; estado civil; tempo de situação conjugal; escolaridade materna; renda familiar; religião; frequência com que participa de atividades religiosas, número de gestações; número de filhos vivos; ocorrência de aborto; idade gestacional materna; tipo de parto; intercorrência durante a gestação, durante e/ou após o parto; acompanhamento pré-natal; número de consultas pré-natais.

No questionário sociobiodemográfico foram abordadas ainda as seguintes informações dos neonatos: sexo do recém-nascido; idade gestacional; peso do neonato em gramas; e tempo de internação do neonato. Destaca-se que houve uma preocupação de não elaborar um questionário sociobiodemográfico muito extenso, sendo incluídas apenas as variáveis que foram analisadas como podendo efetivamente contribuir para a discussão dos dados.

Para possibilitar uma avaliação da validade de critério, foram elaborados os seguintes questionamentos: você se sente apoiada na atual nesta situação de hospitalização do seu bebê? Sendo dada a possibilidade da genitora responder sim ou não. Posteriormente foi solicitado que ela desse uma nota de 1 a 10 ao apoio que ela percebeu estar recebendo durante a atual situação de hospitalização do bebê, onde 1 era mais próximo de nada de apoio e 10 de completamente apoiada. Estes questionamentos também estavam contidos no questionário sociodemográfico.

#### 9.1.2 Procedimentos

A coleta dos dados ocorreu de abril de 2015 a maio de 2016. Assim como nas etapas anteriores, o contato com as participantes foi efetuado nos hospitais onde a presente pesquisa foi efetuada. Inicialmente, os pesquisadores se dirigiam-se a UTIN, onde constava o nome da mãe e o local do hospital no qual ela estava. Posteriormente, eles iam às unidades em que as genitoras acompanhantes de neonatos pré-termo permaneciam. Nesse momento, era feito o contato com as puérperas, sendo dadas as informações a respeito da pesquisa e questionado se ela desejava participar.

Existe uma dificuldade de acesso a essas genitoras, devido à rotina hospitalar. A cada três horas elas se direcionam a UTIN para alimentar o neonato, sendo comum que nesse trajeto as mães parem no banco de leite, ou vão resolver algo fora do ambiente hospitalar. Além disso, existem os horários de visita e a necessidade da puérpera repor o sono nos períodos em que não está com o seu bebê. Esta rotina específica fez com que fossem reduzidos os momentos em que a mãe está realmente disponível para participar de atividades de pesquisa.

Diante desse contexto, a pesquisadora responsável pelo presente trabalho efetuou um treinamento com onze pesquisadores voluntários, com carga horária de 20h. Inicialmente, houve uma discussão a respeito da fundamentação teórica referente ao ciclo gravídico puerperal, ao nascimento prematuro seguido de hospitalização do bebê e ao apoio social. Após o aprofundamento na literatura científica atual, foi apresentado o método de construção do presente instrumento e explicado como aplicá-lo. Houve uma padronização na forma de aplicação desta escala, sendo realizada no formato de entrevista, devido à solicitação de algumas participantes que relataram não ter disponibilidade para ler os 36 itens.

Outro aspecto a ser destacado é a dificuldade de acesso aos dados biodemográficos da mãe e do bebê, pois é muito comum que os prontuários estejam sendo utilizados pelos profissionais da saúde que atendem aos neonatos na UTIN, não sendo viável a consulta dos pesquisadores a estes. Além disso, não é possível buscar essas informações no arquivo (depois que os neonatos tiverem alta) também devido à dificuldade de acesso. Considerando que as mães ao permanecerem como acompanhantes dos seus bebês têm em sua grande maioria conhecimento dessas informações, optou-se por obtê-las diretamente com as participantes da pesquisa.

Nos casos em que estas relataram ter dúvidas, ou não saberem responder, os pesquisadores se dirigiam novamente a UTIN e tentavam obter as informações com os profissionais da saúde que atendiam ao neonato. Na maioria dos casos isso foi possível, havendo poucas situações nas quais faltou algum tipo de dado biodemográfico, como por exemplo, o número de consulta pré-natal feito pela participante ou o peso do bebê. Essa é uma limitação inerente a esse tipo de pesquisa e ao contexto no qual ela foi efetuada, contudo, não causou nenhuma interferência ou prejuízo nos resultados da validação desta escala.

Outro aspecto a ser destacado é que antes do início de cada entrevista foi perguntado à participante se o bebê dela era prematuro. A pesquisa foi efetuada apenas com aquelas que responderam que seus bebês eram prematuros, sendo posteriormente questionada a idade gestacional. As genitoras que tinham bebês com menos de 37 semanas gestacionais, mas que afirmaram que seus filhos não eram prematuros, não foram incluídas no estudo.

Este cuidado foi adotado, pois um item da escala se refere especificamente à prematuridade, o que poderia causar algum tipo de desconforto para a mãe que não percebe o seu bebê como sendo prematuro. Cabe a equipe de saúde informar a genitora, não sendo conveniente que ela fosse comunicada de que seu neonato é pré-termo, ao responder a uma pesquisa.

As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente 10min. Apesar da rotina hospitalar potencialmente estressora, de forma geral, as genitoras demonstraram interesse em participar da pesquisa.

### 9.1.3 Análise dos dados

O banco de dados foi inicialmente construído utilizando o *Excel for Windows*, versão 2010. Com auxílio desse programa foram geradas as tabelas com os resultados da estatística descritiva.

Por se tratar de um instrumento com 36 itens, do tipo likert, foi adotada a seguinte forma de obtenção do escore. Foi atribuído um valor a variação das respostas likert, como pode ser observado a seguir: menos do que gostaria =1; quase tanto quanto gostaria = 2; tanto quanto gostaria = 3. Assim, a pontuação mínima do escore total do instrumento é 36 e a máxima é 108.

Em relação às dimensões, esse escore foi calculado de acordo com o número de questões contemplado em cada dimensão. Aqui serão apresentadas as pontuações de cada fator: O primeiro foi apoio afetivo, sendo composto por nove itens, tendo portanto, uma pontuação mínima de 9 pontos e máxima de 27. O mesmo aconteceu com o segundo fator, apoio material, que foi composto por nove itens. O terceiro, apoio de informação, contém seis itens, tendo uma pontuação mínima de 6 pontos e máxima de 18 pontos. O quarto, apoio emocional, é formado por sete itens, tendo um mínimo de 7 pontos e máximo de 21. O quinto, apoio de acolhimento, tem três itens, somando no mínimo três pontos e no máximo 9. O sexto, apoio de atenção, tem dois itens, apresentando no mínimo dois pontos e no máximo 6.

Salienta-se que as dimensões iniciais, apoio afetivo, de informação, emocional e material, foram identificadas de acordo com a literatura a respeito do apoio social. Tem-se como hipótese de que as dimensões de apoio de atenção e de acolhimento foram identificadas por estarem relacionadas ao contexto do nascimento prematuro, seguido da hospitalização do bebê na UTIN.

Para efetuação das análises inferenciais, utilizou-se o software *Statistica* SPSS, versão 20.0, sendo realizada a aplicação dos seguintes testes estatísticos: Alfa de Cronbach, análise fatorial exploratória, ANOVA e teste de correlação de *Pearson*.

Na verificação das evidências de validade do instrumento desenvolvido, inicialmente foi efetuada à análise da consistência interna dos dados, através do Alfa de Cronbach. No que se refere a validade de critério, optou-se por utilizá-la, através da construção de duas perguntas a respeito do apoio social, que foram acrescentadas no questionário biodemográfico.

Essa escolha ocorreu devido à dificuldade de acesso a um instrumento padrão outro para a população meta. A escala mais avaliada para avaliar o apoio social em todo o mundo, de acordo com a revisão sistemática efetuada neste estudo, possui uma dimensão que não se adéqua ao contexto vivido pela população alvo desta pesquisa.



## 9.2 Resultados

### 9.2.1 Perfil sociobiodemográfico

Inicialmente serão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica da amostra. É importante conhecer informações que auxiliam a compreender melhor o perfil sociobiodemográfico das genitoras e de seus neonatos, para assim ter uma compreensão mais abrangente dos resultados abordados neste estudo (tabela 11).

Tabela 11 – Dados sociodemográficos maternos, Natal/ RN, 2016.

Perfil do entrevistado		N	%
Faixa etária	18 - 25 anos	102	46,79
	26 - 35 anos	88	40,37
	Acima de 35 anos	28	12,84
Cidade de onde reside atualmente	Interior	145	66,51
	Capital	73	33,49
Estado civil	União estável	120	55,05
	Casada	52	23,85
	Solteira	46	21,10
Possui religião	Sim	182	83,49
	Não	36	16,51
Frequência que participa de atividades religiosas	Algumas vezes no ano	46	25,27
	1 ou mais vezes no mês	49	26,93
	Uma vez por semana	39	21,43
	Mais de uma vez por	48	26,37
Senti-se apoiada na atual situação	Sim	210	96,33
	Não	8	3,67
Total		218	100,00

A maioria das participantes da pesquisa possuem idade entre 18 a 25 anos e apenas de tem acima de 35 anos. Ademais, a maior parte das mães residia no interior do Estado e morava na capital (tabela 12).

No que se refere ao estado civil, a maioria relataram estar em união estável, ou serem casadas. Um alta prevalência de mães mencionaram possuir algum tipo de religião.

Tabela 12 - Estatística descritiva dos dados sociodemográficos. Natal/RN, 2016.

Variáveis	Média	DP	CV
Idade da mãe (em anos)	26,81	6,59	24,59
Tempo de situação conjugal (em anos)	6,03	5,00	83,05
Tempo de estudo (em anos)	9,56	3,13	32,75
Renda (em R\$)	1.158,73	1.262,19	108,93
Nota para o apoio que recebido durante hospitalização do seu bebê	8,73	1,62	18,60

DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação

Na Escala para Avaliação do Apoio Social em Mães de Bebês Prematuros Hospitalizados, foram elaboradas questões a respeito da rede de contatos sociais. Este é um aspecto relevante, pois permite identificar se a genitora pode contar com alguém da sua rede social de familiares e amigos e quantas são as pessoas que a compõe.

Tabela 13 - Avaliação da rede social, Natal/RN, 2016.

Perfil do entrevistado		N	%
Você pode contar com algum familiar para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	205	94,04
	Não	13	5,96
Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	141	64,68
	Não	77	35,32
	Total	218	100,00

A maior parte das genitoras disseram poder contar com algum familiar para ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do bebê. Enquanto, a maioria afirmou ter algum amigo para ajudar a enfrentar a situação de internação do bebê (tabela 13).

As participantes disseram contar com um maior número de familiares do que de amigos. Elas afirmaram ter um número médio de 5,78 familiares dispostos ajudarem no período em que o bebê esteve no hospital e com um número médio de 3,89 amigos dispostos a ajudar (tabela 13).

Também é importante conhecer o perfil biodemográfico da mãe e do bebê. Essas informações ajudam a compreender se as participantes da pesquisa, por exemplo, tiveram intercorrências e outras informações que auxiliam a refletir, mesmo que informalmente, quanto ao prognóstico do neonato.

Tabela 14– Informações biodemográficas da mãe e do neonato, Natal/RN; 2016.

Perfil do entrevistado		N	%
Sexo do bebê	Feminino	108	50,23
	Masculino	107	49,77
	Total	215	100,00
Tipo de parto	Cesário	131	60,65
	Normal	85	39,35
	Total	216	100,00
Intercorrências durante a gestação	Sim	127	58,80
	Não	89	41,20
	Total	216	100,00
Intercorrências durante o parto	Sim	58	26,85
	Não	158	73,15
	Total	216	100,00
Intercorrências após o parto	Sim	54	25,12
	Não	161	74,88
	Total	215	100,00
Acompanhamento pré natal	Sim	208	96,74
	Não	7	3,26
	Total	215	100,00

Em relação ao sexo dos recém-nascidos, um pouco mais da metade eram do sexo feminino. Quanto ao tipo de parto a maioria foram cesária. Com relação às intercorrências, estas foram mais prevalentes durante a gestação. Ademais, a maioria das participantes desta pesquisa realizou acompanhamento pré-natal (tabela 14).

Tabela 15 - Estatística descritiva das informações gerais da mãe e do neonato.

Variáveis	Média	DP	CV
Número de gestações	2,22	2,02	90,76
Número de consultas pré-natal	6,30	3,52	55,87
Idade gestacional	30,95	3,66	11,81
Peso do bebê (grama)	1.523,12	687,01	45,11

DP: Desvio Padrão

CV: Coeficiente de Variação

Conhecer os dados sociobiodemográficos auxilia na compreensão da amostra que colaborou para a construção da escala. Possibilitando uma reflexão mais aprofundada dos aspectos que a compõem. Todavia, para além da caracterização, faz-se necessário verificar as características psicométricas da escala desenvolvida.

#### 9.2.2 Evidências de validade da Escala para Avaliação do Apoio Social em Mães de Bebês Prematuros Hospitalizados.

A Escala para Avaliação do Apoio Social em Mães de Bebês Prematuros Hospitalizados. é composta por 36 perguntas fechadas, do tipo likert de três pontos. Para verificar evidências de validade uma das técnicas utilizadas foi à Análise Fatorial Exploratória.

Antes de utilizar essa análise foi averiguado se as variáveis possuíam um nível de relação aceitável. Essa verificação é necessária para que haja uma maior confiabilidade no resultado. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou valor de 3916,790, GL de 630 e p valor = 0,000. Já o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,891. Estes valores indicam que os dados são adequados para a realização da Análise Fatorial Exploratória.

A decisão tomada na sequência foi em relação ao critério usado para selecionar o número de fatores. Optou-se por utilizar a raiz latente, para identificar a estrutura latente dos dados, sendo considerados somente os fatores com autovalores superiores a 1 (tabela 16).

Tabela 16 - Autovalor e percentual da variância explicada, Natal/RN; 2016.

Fator	Autovalor	% Variância explicada	Autovalor acumulado	% Variância explicada acumulada
<b>1</b>	<b>10,56</b>	<b>29,31</b>	<b>10,56</b>	<b>29,31</b>
<b>2</b>	<b>3,69</b>	<b>10,25</b>	<b>14,25</b>	<b>39,56</b>
<b>3</b>	<b>2,09</b>	<b>5,80</b>	<b>16,33</b>	<b>45,36</b>
<b>4</b>	<b>1,48</b>	<b>4,10</b>	<b>17,81</b>	<b>49,46</b>
<b>5</b>	<b>1,35</b>	<b>3,75</b>	<b>19,16</b>	<b>53,21</b>
<b>6</b>	<b>1,28</b>	<b>3,56</b>	<b>20,44</b>	<b>56,77</b>
7	1,19	3,32	21,63	60,09
8	1,05	2,92	22,68	63,01
9	0,99	2,74	23,67	65,75
10	0,97	2,70	24,64	68,45
11	0,80	2,23	25,44	70,68
12	0,76	2,12	26,20	72,80
13	0,74	2,05	26,94	74,85
14	0,71	1,98	27,66	76,83
15	0,66	1,84	28,32	78,67
16	0,62	1,73	28,94	80,40
17	0,60	1,66	29,54	82,06
18	0,59	1,63	30,13	83,69
19	0,55	1,51	30,67	85,20
20	0,51	1,41	31,18	86,61
21	0,49	1,35	31,66	87,96
22	0,48	1,34	32,15	89,30
23	0,43	1,19	32,57	90,49
24	0,39	1,08	32,96	91,57
25	0,37	1,04	33,34	92,61
26	0,36	1,00	33,70	93,61
27	0,34	0,94	34,04	94,55
28	0,31	0,85	34,34	95,40
29	0,28	0,77	34,62	96,17
30	0,26	0,72	34,88	96,89
31	0,24	0,68	35,12	97,57
32	0,22	0,60	35,34	98,17
33	0,20	0,56	35,54	98,73
34	0,18	0,49	35,72	99,22
35	0,16	0,43	35,87	99,65
36	0,13	0,35	36,00	100,00

Foram selecionados 6 fatores, o que correspondendo a 56,77% da variabilidade total (Tabela 16). Como pode ser observado na tabela, havia a possibilidade de selecionar 8 fatores, entretanto, optou-se por utilizar os 6 primeiros por estes apresentarem uma fundamentação teórica que os justifique.

Apesar da literatura recomendar uma variabilidade explicada superior a 60%, devido a dificuldade comum aos estudos que avaliam apoio social, no que se refere a delimitação dos fatores, este resultado pode ser considerado satisfatório. Pois além dos resultados estatísticos é necessário enfatizar também a teoria que atribui sentido aos dados (Figueiredo & Silva, 2010).

Após decidir quais seriam os fatores selecionados, foram identificadas às cargas fatoriais. Essas foram calculadas com base nos autovalores, a partir deles foram determinados os autovetores, que constituem a obtenção dos fatores. Foi utilizada a rotação Varimáx, com 6 interações, para possibilitar a identificação das cargas fatoriais que representam cada fator (tabela 17).

Tabela 17 - Cargas fatoriais na composição dos fatores, Natal/RN, 2016

Questões	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
Q1	0,02	0,09	<b>0,67</b>	0,30	0,05	-0,12
Q2	0,06	0,18	0,03	<b>0,71</b>	-0,02	0,09
Q3	0,11	0,07	<b>0,53</b>	0,06	0,13	0,48
Q4	0,01	0,13	<b>0,54</b>	0,05	0,20	0,17
Q5	0,08	0,12	0,12	0,15	0,03	<b>0,80</b>
Q6	0,06	0,08	0,21	0,22	0,12	<b>0,76</b>
Q7	-0,01	-0,01	<b>0,83</b>	0,13	0,04	0,11
Q8	0,17	0,00	0,31	<b>0,57</b>	0,21	0,02
Q9	0,13	0,13	0,28	<b>0,56</b>	-0,09	-0,02
Q10	0,11	0,10	0,23	0,32	<b>0,43</b>	0,15
Q11	0,03	0,21	0,27	<b>0,55</b>	0,09	0,04
Q12	0,19	0,05	0,15	<b>0,61</b>	0,06	0,28
Q13	0,16	0,06	<b>0,54</b>	0,31	-0,09	0,23
Q14	0,09	0,16	0,12	<b>0,53</b>	0,30	0,15
Q15	0,19	0,09	<b>0,63</b>	0,32	-0,05	0,09
Q16	0,35	-0,04	0,06	<b>0,39</b>	0,34	0,18
Q17	0,20	0,21	0,10	0,05	<b>0,77</b>	-0,04
Q18	0,14	0,25	-0,05	0,08	<b>0,73</b>	0,14
Q19	0,27	<b>0,54</b>	0,28	-0,01	0,37	-0,11
Q20	0,24	<b>0,65</b>	0,23	0,13	0,22	0,05
Q21	0,18	<b>0,58</b>	0,08	0,11	0,19	0,08
Q22	0,26	<b>0,56</b>	-0,10	0,26	0,04	0,10
Q23	0,10	<b>0,62</b>	-0,01	0,02	0,09	0,07
Q24	0,18	<b>0,75</b>	0,00	0,09	0,04	0,10
Q25	0,33	<b>0,52</b>	-0,05	0,18	0,05	0,05
Q26	0,31	<b>0,58</b>	0,20	0,00	-0,10	0,05
Q27	0,18	<b>0,58</b>	0,16	0,14	0,12	-0,08
Q28	<b>0,68</b>	0,36	-0,05	0,13	0,10	-0,01
Q29	<b>0,72</b>	0,34	0,07	0,16	0,07	0,08
Q30	<b>0,77</b>	0,20	0,08	0,14	0,16	0,07
Q31	<b>0,79</b>	0,15	-0,01	0,15	0,03	0,14
Q32	<b>0,75</b>	0,23	0,14	0,13	-0,02	0,04
Q33	<b>0,80</b>	0,16	0,17	0,12	0,07	0,11
Q34	<b>0,83</b>	0,19	0,05	0,05	0,14	0,03
Q35	<b>0,82</b>	0,22	0,03	0,04	0,22	0,00
Q36	<b>0,85</b>	0,19	0,09	0,03	0,07	-0,07

Ao identificar as variáveis significativas, foi utilizado o critério da significância prática, sendo consideradas as cargas fatoriais maiores que 0,50 (Figueiredo & Silva, 2010). Os itens 10 (0,43) e 16 (0,39) apesar de apresentarem uma carga fatorial um pouco menor que 0,50, foram mantidos por terem uma fundamentação teórica que justifica a permanência deles nos fatores apresentados (tabela 17).



O fator 1 representa 29,31% da variabilidade total do conjunto de dados, com as seguintes variáveis significativa: I28 ao I36. No fator 2 que explica 10,25% da variabilidade total, constam do I19 ao I27. Os itens I1, I3, I4, I7, I13 e I15 foram significativos no fator 3, com 5,80% de variabilidade total. O fator 4 (4,10%) foi composto pelos itens I2, I8, I9, I11, I12, I14 e I16. Já o fator 5 (3,75%) contemplou os itens I10, I17 e I18. O fator 6 (3,56%) abordou itens I5 e I6.

Para auxiliar na compreensão visual dos itens que pertencem a cada fator, serão apresentadas algumas tabelas. Destaca-se que os fatores são agrupamentos estatisticamente respaldados, mas que ao apresentarem fundamentação teórica, podem ser considerados como dimensões.

Tabela 18 – Itens que compõe o fator 1 (dimensão de apoio afetivo)

Questões	Cargas fatoriais
28. Que demonstre que ama você	0,68
29. Que se importa com você	0,72
30. Que a faça sentir-se querida	0,77
31. Que lhe dê uma palavra de conforto	0,79
32. Que lhe dê uma palavra de ânimo	0,75
33. Que lhe dê atenção	0,80
34. Que demonstre que sente carinho por você	0,83
35. Que demonstra afeto por você	0,82
36. Que goste de você	0,85

Esse fator contempla a dimensão de apoio afetivo, abarcando todos os itens que inicialmente foram pensados com auxílio da fundamentação teórica e das entrevistas estruturadas, para compor essa dimensão. A análise fatorial demonstrou que essas afirmativas apresentam associação entre si, justificando que podem compor um mesmo fator (tabela 18).

Tabela 19 – Itens que compõe o fator 2 (dimensão de apoio material)

Questões	Cargas fatoriais
19. Que a ajude se você adoecer	0,54
20. Para levá-la ao médico, caso você precise	0,65
21. Para fazer suas refeições, caso você não possa prepará-las	0,58
22. Que a ajude financeiramente, caso você precise	0,56
23. Que a ajude com materiais, como roupas e fraldas para o seu bebê caso você precise	0,62
24. Que a ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise	0,75
25. Que a ajude nas tarefas domésticas	0,52
26. Que visite o seu bebê na UTI, se você não puder visitá-lo	0,58
27. Que a ajude a caminhar no hospital, caso você precise	0,58

Assim, como no primeiro fator, o segundo também apresenta aspectos que podem ser justificados teoricamente, pois estão exatamente de acordo com o que foi pensado nas primeiras etapas do estudo. Esse representa a dimensão de apoio material (Tabela 19).

Tabela 20 – Itens que compõe o fator 3 (dimensão de apoio de informação)

Questões	Cargas fatoriais
1. Para dar informações sobre o estado de saúde do seu bebê	0,67
3. Que lhe dê orientações sobre os cuidados que você deve ter com o seu bebê.	0,53
4. Para dar informações sobre como funciona a UTI	0,54
7. Que lhe explique como o seu bebê está	0,83
13. Que entenda como é cuidar de um bebê prematuro	0,54
15. Que lhe dê informações que ajudem você a compreender a situação	0,63

O fator três pode ser explicado teoricamente a partir da dimensão de apoio de informação. Apesar do item 13 não ter sido inicialmente pensado para ser contemplado nessa dimensão, pode-se supor que as pessoas que entendem como é cuidar de um bebê prematuro, tendem saber dar informações a respeito do contexto e de aspectos comuns a vivência desses bebês (tabela 20).

Tabela 21 – Itens que compõe o fator 4 (dimensão de apoio emocional)

Questões	Cargas fatoriais
2. Que a escute quando você necessita conversar	0,71
8. Para falar sobre suas preocupações com a hospitalização do seu bebê.	0,57
9. Que a aceite como você é	0,56
11. Com quem você pode conversar sobre a hospitalização do seu bebê	0,55
12. Que compreende quando você está estressada com a rotina hospitalar	0,61
14. Com quem você pode falar sinceramente, sem medo de ser julgada	0,53
16. Que lhe dê bons conselhos	0,39

O fator quatro corresponde à dimensão de apoio emocional, que também está fundamentada na literatura científica a respeito do apoio social, discutida nos outros estudos desta tese. O item 16 foi votado na segunda rodada de juízes para fazer parte da dimensão de apoio de informação, entretanto, pode-se imaginar que as mães percebem que as pessoas que lhe dão bons conselhos tendem a ter capacidade de exercer empatia (tabela 21).

Tabela 22 – Itens que compõe o fator 5 (dimensão de apoio de acolhimento)

Questões	Cargas fatoriais
10. Que lhe oriente a como resolver um problema	0,43
17. Com quem você pode contar em qualquer situação da sua vida.	0,77
18. Para compartilhar seus medos mais íntimos	0,73

O fator cinco não corresponde a nenhuma dimensão pré-estabelecida na literatura a respeito do apoio social, que tenha sido investigada e abordada neste estudo. Entretanto, este compõe a dimensão de apoio de acolhimento, o referencial teórico que a respalda será fundamentado e discutido posteriormente (tabela 22).

Tabela 23 – Itens que compõe o fator 6 (dimensão de apoio de atenção)

Questões	Cargas fatoriais
5. Que a oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde.	0,80
6. Para lhe dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após a alta hospitalar.	0,76

O fator seis, também tem um fundamento teórico que será discutido posteriormente. Esses itens dizem respeito à dimensão de apoio de atenção (tabela 23).

Após conhecer os fatores identificados por meio da Análise Fatorial Exploratória, é importante abordar a estatística descritiva da média do escore total do apoio e de cada dimensão demonstrada neste estudo. A proposta não é desenvolver uma padronização, mas apenas a auxiliar na obtenção de uma visão geral a respeito das notas atribuídas pelas genitoras para o apoio social por elas percebido.

Tabela 24 -Estatística descritiva da avaliação geral e dos fatores da percepção de apoio social.

Dimensões	Média	DP	CV
Escore total	90,85	12,73	14,01
Afetivo	24,69	4,00	16,20
Material	22,56	4,36	19,32
Informação	14,77	2,89	19,54
Emocional	16,99	3,30	19,45
Acolhimento	7,12	1,70	23,91
Atenção	4,73	1,39	29,34

DP: Desvio Padrão

CV: Coeficiente de Variação

A pontuação média do escore total do instrumento foi de 90,85, o valor mínimo que poderia vir a ser obtido nesse instrumento é de 36 pontos e máximo de 108,00. A

média dos fatores foi: fator 1 = 24; fator 2 = 22; fator 3 = 14; fator 4 = 16; fator 5 = 7,12; e fator 6 = 4 (tabela 24).

Por se tratar de um construto multidimensional, também foi calculado o valor do Alfa de Cronbach para cada dimensão, sendo constatados os seguintes valores: apoio afetivo = 0,904; apoio material = 0,905; apoio de informação = 0,901; apoio emocional = 0,899; apoio de acolhimento = 0,899; apoio de atenção = 0,901. Observa-se assim que o instrumento apresentou qualidades psicométricas satisfatórias (tabela 25).

Tabela 25 - Valores de alfa de Cronbach por dimensão.

Dimensão do apoio social	Alfa de Cronbach
Apoio afetivo	0,904
Apoio material	0,905
Apoio de informação	0,901
Apoio emocional	0,899
Apoio de acolhimento	0,899
Apoio de atenção	0,901

### 9.2.3 Comparação geral da percepção de apoio social com as variáveis sociodemográficas

Após a identificação das evidências de validades preliminares de construto e consistência interna da escala desenvolvida neste estudo, foram investigadas relações entre a percepção do apoio social e as variáveis sociodemográficas. Destaca-se que serão apresentados apenas os dados que tiveram significância estatística, apesar do teste

ter sido efetuado com todas as variáveis sociobiodemográficas. Essa escolha foi tomada a fim de facilitar a compreensão dos resultados.

Tabela 26 - Comparação geral da percepção de apoio social com as variáveis sociodemográficas

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Sente-se apoiada na atual situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	91,60	12,02	13,12	< 0,001*
	Não	71,13	15,67	22,03	
Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	92,79	11,44	12,33	0,002*
	Não	87,31	14,20	16,27	

DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor - p < 0,05

Foi constatada, evidência de diferença estatística com relação à percepção de sentir-se apoiada durante hospitalização do neonato e contar com algum amigo para ajudar a enfrentar a situação de internação do neonato. As participantes que se sentiram apoiadas e referiram que poder contar com algum amigo durante hospitalização do bebê apresentaram maior pontuação no escore de percepção de apoio social (tabela 26).

27 – Comparação do apoio afetivo com as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Cidade	Interior	25,08	3,40	13,56	0,042*
	Capital	23,92	4,91	20,54	
Sente-se apoiada na atual situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	24,86	3,83	15,42	0,001*
	Não	20,25	5,78	28,52	
Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	25,15	3,52	13,98	0,022*
	Não	23,86	4,67	19,57	

DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor -  $p < 0,05$

Quando a comparação foi realizada entre o escore do apoio afetivo, e as seguintes variáveis: a origem da cidade, se a mãe sente-se apoiada durante hospitalização do bebê e se ela pode contar com algum amigo durante a internação do neonato. Observou-se que as participantes que mencionaram se sentirem apoiadas, que puderam contar com a ajuda de algum amigo, e que moram no interior apresentaram maior pontuação nesse fator, que corresponde a dimensão de apoio afetivo (Tabela 27).

Tabela 28 - Comparação da percepção de apoio material com as variáveis sociodemográficas

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Sente-se apoiada na atual situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	22,73	4,24	18,65	0,002*
	Não	17,88	5,14	28,75	
Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	23,14	4,17	18,02	0,007*
	Não	21,48	4,51	21,02	

DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor - p < 0,05

Foi possível observar que as mães que disseram sentir-se apoiadas e poderem contar com a ajuda de algum amigo durante hospitalização do bebê apresentaram maior pontuação referente a percepção de apoio material. Este resultado é referente à dimensão de apoio material (tabela 28).

Tabela 29 - Comparação da percepção de apoio de informação com as variáveis sociodemográficas

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Sente-se apoiada na atual situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	14,97	2,70	18,01	< 0,001*
	Não	9,38	2,56	27,31	

Fonte: Pesquisa 2016 DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor - p < 0,05

As genitoras que sentiram-se apoiadas durante a hospitalização do bebê apresentaram maior pontuação no Fator 3 de percepção de apoio social. Todavia, não



foram encontrados resultados estatisticamente significativos em relação às demais variáveis sociobiodemográficas. O fator 3, que corresponde a dimensão de apoio de informação (tabela 29).

Tabela 30 - Comparação da percepção de apoio emocional com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Sente-se apoiada na atual situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	17,11	3,25	18,97	0,005*
	Não	13,75	3,37	24,51	
Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?	Sim	17,62	2,80	15,91	< 0,001*
	Não	15,82	3,81	24,11	

Fonte: Pesquisa 2016 DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor - p < 0,05

No Fator 4, as puérperas que sentiram-se apoiadas e disseram poder contar com algum amigo para ajudar durante o período de hospitalização do bebê apresentaram maior pontuação no que se refere a percepção de apoio social. Esses resultados são referentes à dimensão de apoio emocional (tabela 30).

Tabela 31 - Comparação da percepção de acolhimento com as variáveis sociodemográficas

Variáveis		Escore total da escala			Valor – p
		Média	DP	CV	
Intercorrências após o parto	Sim	7,56	1,68	22,22	0,027*
	Não	6,96	1,70	24,40	

DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação \*Valor - p < 0,05

Com relação às estatísticas realizadas considerando o Fator 5, as participantes que tiveram intercorrências após o parto apresentaram maior pontuação na dimensão de apoio de acolhimento. Em relação ao sexto fator, não foram encontradas evidência de diferença estatística com relação à percepção de apoio social no 6 e as variáveis sociodemográficas (tabela 31).

Tabela 32 - Análise de correlação da percepção de apoio social com variáveis sociodemográficas

Correlação	Escore total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
Idade (em anos)	-0,05	0,01	-0,10	-0,01	-0,10	0,06	0,00
Tempo de situação conjugal	0,18*	0,14	0,09	0,24*	0,09	0,16*	0,09
Tempo de estudo (em anos)	0,06	0,07	0,06	0,01	0,06	0,02	-0,03
Renda (em valor bruto)	0,03	0,02	0,02	0,01	0,05	0,09	-0,08
Nota de apoio recebido durante a atual situação de hospitalização do seu bebê	0,42*	0,31*	0,32*	0,37*	0,29*	0,21*	0,20*
Número de gestações	-0,12	0,04	-0,11	-0,14*	-0,19*	-0,08	0,01
Número de filhos	-0,07	0,00	-0,07	-0,09	-0,12	-0,03	0,05
Idade gestacional	0,06	0,13	0,11	-0,07	0,00	0,08	0,01
Peso do bebê	0,06	0,07	0,16*	-0,12	-0,02	0,10	-0,01
Número de familiares que ajudam	0,11	0,07	0,11	0,06	0,11	0,13	-0,05
Número de amigos que ajudam	0,13	-0,04	0,11	0,18*	0,15	0,11	0,02

\*Valor -  $p < 0,05$

Foram encontradas evidências estatísticas de relação moderada positiva entre a nota de apoio recebido durante hospitalização do bebê com o escore total da escala, e com os Fatores 1, 2 e 3. Esse resultado significa que a medida que aumenta a nota atribuída ao apoio percebido durante hospitalização do bebê tende aumentar também o

escore total da escala e dos fatores supracitados. Os fatores 4, 5 e 6, também apresentaram relação positiva de intensidade fraca com a nota atribuída pelas genitoras para o apoio recebido durante o período em que seus bebês estavam hospitalizados na UTIN. A relação positiva de intensidade fraca foi observada ainda entre o fator e o tempo de situação conjugal. Assim as mães que têm mais tempo de situação conjugal tendem a apresentar uma melhor percepção de apoio de informação (tabela 32).

### 9.2.3 Evidências de validade de critério

A fim de realizar a verificação de validade de critério do instrumento construído, foram elaboradas duas perguntas, que foram apresentadas no questionário sociodemográfico. Assim, os resultados referentes às análises que envolveram estas variáveis já foram supracitados.

Todavia, faz-se premente destacar que as mães que disseram se sentirem apoiadas durante a hospitalização do seu bebê na UTIN tiveram uma maior pontuação no escore total de apoio e nos fatores 1, 2, 3 e 4. No que se refere à relação entre a nota atribuída pela genitora ao apoio social recebido durante o período de hospitalização do bebê na UTIN, foi encontrada uma relação positiva moderada entre o escore total, e os fatores 1, 2, 3, e uma relação positiva fraca com os fatores 4, 5, 6, conforme mencionado no tópico anterior.

Portanto, em relação aos fatores 1, 2 e 3 estes possuem evidências de validade critério satisfatória. Quanto aos fatores 4, 5, 6, apesar de ter sido constatada uma relação com a nota atribuída pela genitora ao apoio, esta foi de intensidade fraca, o que demonstra resultados pouco expressivos estatisticamente.

Salienta-se que no que se refere ao escore total do instrumento, este apresentou bons índices, tendo evidência de validade de critério, sendo observada uma correlação positiva moderada ( $r = 0,42$ ) entre a nota atribuída pela genitora (de 1 a 10 ao apoio percebido por ela durante a hospitalização do bebê) e o escore total da escala. Além disso, foi considerada uma forte significância estatística  $p = 0,000$ , na qual as mães que responderam se sentirem apoiadas durante a hospitalização de seu filho, apresentaram maiores índices no escore total da escala.

### 9.3 Discussão

Quanto à idade das participantes destaca-se que foi adotado o critério de exclusão em relação à participação de mães adolescente, pois a percepção do apoio social poderia sofrer modificações devido ao período do desenvolvimento vivido pela adolescente (Schwartz, Vieira, Geib, 2011). De forma geral as mães tinham uma idade média que não representava em si riscos para o desenvolvimento da gravidez e do neonato.

No que se refere ao número de anos de estudo, elas apresentaram uma prevalência escolaridade média equivalente ao ensino médio incompleto. Este é um aspecto relevante, pois houve mães que tinham apenas um ano de estudo e outras que estudaram aproximadamente 18 anos. Portanto, ao desenvolver intervenções a equipe de saúde deve se certificar de que as mães estão entendendo a forma como a informação está sendo expressa (Siqueira & Dias, 2011).

O Ministério da Saúde preconiza que a primeira visita dos pais a UTIN seja acompanhada por algum membro integrante da equipe de saúde. No entanto, é

necessário que este profissional possibilite que a genitora receba um atendimento humanizado (Brasil, 2011). É fundamental que todo o período de hospitalização do neonato na UTIN seja permeado pela possibilidade de aprendizado, para que a mãe sinta-se menos ansiosa e melhor preparada no momento em que seu bebê receber alta e puder ir para casa (Siqueira & Dias, 2011).

Quanto à cidade onde residiam na atualidade, mais da metade das mães disseram morar no interior. Observa-se que na estruturação da assistência perinatal os principais centros de atendimento tendem a ser localizados nas capitais e grandes metrópoles, acarretando em uma maior dificuldade de acesso para as gestantes de risco que vivem em localidades distantes (Siqueira e Dias, 2011). Dessa maneira, morar no interior é um fator que pode vir a intensificar o distanciamento da genitora com seus familiares. Muitas delas têm dificuldade para se locomoverem de suas cidades de origem (Vasconcelos *et al.*, 2006).

Grande parte das puérperas é casada ou está vivendo em união estável. Os dados da literatura a respeito desta temática abordam a importância da família como fonte de apoio social para a genitora durante a hospitalização do bebê e após a alta hospitalar (Anjos *et al.*, 2012; Brasil, 2011).

A espiritualidade também tem sido abordada como um aspecto relevante para as mães de bebês prematuros hospitalizados, podendo vir a auxiliar as puérperas a evitarem o desânimo e manterem a esperança quanto ao prognóstico de seus filhos, no momento em que estes estão internados na UTIN (Vieira, Farias, Santos, Davi & Silva, 2012). No presente estudo, grande parte das participantes disse ter alguma religião e participar de atividades religiosas uma vez ao mês ou mais.

A renda familiar média foi próxima a um salário mínimo, havendo casos em que as mães referiram não ter nenhuma renda, nem mesmo de programas assistências. Verificar esta variável ainda durante o período em que a genitora está com o bebê hospitalizado na UTIN é um fator relevante, pois muitas delas referem o apoio material, que está relacionado à assistência financeira e comportamental, como um tipo de suporte importante a ser recebido no período após a alta hospitalar.

A maioria das participantes disse perceber estar recebendo apoio durante o período de hospitalização do seu bebê na UTIN. Este aspecto pode vir a refletir algumas das ambiguidades vividas pelas mães que permanecem como acompanhantes dos seus bebês. Pois se por um lado, elas são demandadas a conviverem com o distanciamento da sua rede social, por outro elas referem receber apoio principalmente da equipe de saúde e de seus familiares, sendo o alojamento conjunto em alguns momentos concebido como um lugar em que as mães trocam apoio e informação (Araújo & Rodrigues, 2010; Cartaxo *et al.*, 2014; Couto & Praça, 2012; Vasconcelos *et al.*, 2006).

Observa-se assim a importância da rede social da puérpera. Neste estudo, uma grande prevalência de mães disseram que podem contar com algum familiar. Elas também referiram poder contar com amigos, porém em menor prevalência. Assim, como nos dados obtidos no Estudo II da presente tese, foi observado como as mães percebem que podem contar principalmente com seus familiares. Segundo Vasconcelos *et al.*, (2006) o apoio disponibilizado por essa rede de apoio é o primeiro a ser solicitado pelas mães, sendo concebido como de extrema relevância para o atendimento de suas necessidades.

A identificação da existência ou não de uma rede de relações sociais com a qual a mãe possa contar, é um aspecto levado em consideração no momento de definir se o bebê está apto a ir da primeira para a segunda etapa do método canguru. Além dos aspectos clínicos referentes ao recém-nascido, as características relativas à mãe, que fundamentam a saída do neonato da primeira para a segunda etapa são: o desejo da genitora de participar da segunda etapa, a disponibilidade de tempo e a existência de redes de apoio com as quais elas possam contar (Brasil, 2011).

Mais da metade dos bebês nasceram de parto cesáreo. De acordo com a OMS, existe um consenso entre a comunidade médica internacional, desde de 1985, de que a taxa ideal de cesáreo seria correspondente a um valor entre 10% a 15% (WHO, 2015).

Atualmente, um estudo desenvolvido pela própria Organização Mundial de Saúde identificou que considerando o nível populacional, taxas de cesáreo superiores a 10% não representam uma diminuição da prevalência de mortalidade materna e neonatal. Apesar dos hospitais que sediaram este estudo atenderem a um grande número de gestantes de alto risco é necessário estar atento a alta porcentagem de participantes que foram submetidas à cesariana (WHO, 2015).

A maioria das mães referiu apresentar intercorrência durante a gestação, mas não ter desenvolvido intercorrências durante e após o parto. Além disso, a maioria das participantes disseram ter feito alguma consulta pré-natal. A realização do pré-natal é de extrema importância para a saúde da mãe e do bebê. A OMS recomenda um número igual ou superior a seis consultas, sendo necessário dar atenção especial às grávidas que têm uma gestação de alto risco. Salienta-se que as consultas devem ser mensais até a 28<sup>a</sup> semana, passando a ser quinzenais entre 28<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semanas e semanais no termo

(Brasil, 2012. c.). Algumas participantes da presente pesquisa fizeram o pré-natal em mais de um lugar, o que aumenta o número de consultas por elas registrado.

Em relação ao número de gestações, houve uma média de 2 gestações, sendo observado o grande desvio padrão. Uma das mães chegou a referir ter vivenciado 21 gestações, realizando abortos na maior parte delas. No caso das mães que têm outros filhos, é comum que elas refiram a preocupação com as crianças que permanecem em casa e das quais elas necessitaram se distanciar fisicamente, enquanto permanecem nas instalações do hospital (Souza *et al.*, 2009).

Após abordar as características sociobiodemográficas maternas, faz-se premente tecer reflexões a respeito dos dados biodemográficos dos neonatos. Os bebês tiveram uma idade gestacional média de 30,95 semanas e peso de 1.523,12 gramas. Observa-se quem tem existido investimentos para redução da mortalidade neonatal, havendo uma maior prevalência da sobrevivência de recém-nascidos que há algum tempo não teriam expectativa de vida. Todavia, também se faz relevante investir na qualidade de vida desses bebês e de seus familiares (Brasil, 2011).

No que se refere as evidências de validade de construto, destaca-se que a análise fatorial é um procedimento estatístico que identifica o agrupamento de itens que podem vir formar um ou mais de um fatores. Entretanto, estes fatores, para serem considerados dimensões, precisam ter respaldo um teórico, que lhes atribua sentido.

O primeiro fator identificado no Estudo IV está previsto na literatura a respeito do apoio social percebido que fundamentou esta tese, contemplando todos os itens que inicialmente haviam sido pensados para compor a dimensão de apoio afetivo. O conceito desta dimensão se refere a demonstrações de amor, carinho e afeição por parte da rede social do indivíduo (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991).



Dessa maneira, essas afirmativas agrupadas através do uso da análise fatorial exploratória, formando o fator 1, contemplam a dimensão de apoio associado a demonstrações de afeto. Estes itens avaliam a percepção da genitora em relação a se ela pode contar com pessoas que compõe a sua rede de relações sociais que a fazem sentir-se querida e amada.

Este é um aspecto relevante, pois a mãe convive não apenas com as transformações que são comuns ao pós-parto. Ela precisa lidar também com o nascimento de um bebê prematuro e com o ambiente hospitalar. Diante desse contexto, a genitora vivência um momento que pode ser permeado por intenso estresse, sendo de fundamental importância que ela possa perceber que tem uma rede social que disponibiliza laços de afeto (Anjos *et al.*, 2012; Cantilino *et al.*, 2010; Chourasia *et al.*, 2013; Brasil, 2011).

Sentir que é querida, amada e estimada, pode trazer benefícios em longo prazo (Cobb, 1976). Observa-se assim a importância do apoio afetivo ser recebido ainda durante o período de hospitalização do bebê na UTIN e da realização de intervenções para que a genitora continue a receber este tipo de apoio.

O segundo fator, também apresenta embasamento teórico e conceitual, podendo ser nomeado como a dimensão material do apoio, que se refere à demonstrações de assistência que pode ser expressa através de auxílio em termos de comportamento ou material (Griep, 2013; Sherbourne, & Stewart, 1991). Durante a permanência do bebê na UTIN, algumas mães apresentam a necessidade de materiais como roupas e fraldas para o bebê e também de auxílio comportamental como, por exemplo, ajudando a caminhar no hospital.

Além do suporte afetivo necessário ao momento de hospitalização do neonato na UTIN, as genitoras precisam lidar com questões de ordem prática e material que também são importantes para o processo de enfrentamento. As dificuldades com relação a recursos financeiros é um destes aspectos que podem ocasionar maior sobrecarga, trazendo prejuízos e acarretar situações de desconforto e de cansaço, principalmente para as mães (Oliveira *et al.*, 2013).

Para além da necessidade de apoio material, envolvendo recursos financeiros, existe também a necessidade de auxílio comportamental. Estudos têm observado que após a alta, são os familiares que tendem a ajudar a genitora nos cuidados ao recém-nascido, contribuindo para amenizar as dificuldades que são comuns na atenção e assistência às necessidades de um neonato pré-termo (Couto & Praça, 2012; Frota *et al.*, 2013). Para que as puérperas recebam esse auxílio, é importante que essa participação seja incentivada ainda no momento em que o recém-nascido está hospitalizado.

Portanto, é fundamental que ponha-se em prática o cuidado humanizado durante o período de hospitalização do bebê. Este pode incentivar a genitora em relação aos cuidados que ela precisará desenvolver com seu neonato e incluindo a rede de apoio social mais próxima para que esta possa auxiliar essa mãe nos cuidados domiciliares ao neonato (Brasil, 2011; Couto & Praça, 2012).

O fator 3 corresponde teoricamente a dimensão de apoio de informação que faz referência a disponibilidade da rede social disponibilizar conselhos e orientação, ao indivíduo (Griep, 2013; Sherbourne, & Stewart, 1991). Nela consta o item 13 “que entende como é cuidar de um bebê prematuro”. Esse item havia sido compreendido na análise de juízes para compor a dimensão de apoio emocional.

Entretanto, ao refletir sobre a vivência das mães acompanhantes de bebês prematuros, compreende-se que as pessoas que compreendem como é cuidar de um bebê prematuro são aquelas que podem fornecer informações. Como já foi discutido anteriormente, o próprio alojamento conjunto em alguns momentos se configura como um espaço no qual ocorre trocas de experiências e aprendizagem (Araújo & Rodrigues, 2010).

O ambiente da UTIN devido a sua aparelhagem e ruídos tende a ser concebido como estranho e assustador para as pessoas que não trabalham e não estão habituadas a esse contexto. Por isso, as mães ao visitarem seus bebês prematuros são impactadas tanto ao verem seus filhos, quanto devido aos aparelhos que compõe a UTI neonatal. Elas normalmente desconhecem quais os procedimentos devem adotar e como devem se comportar. Algumas chegam a ter receio de tocarem seus bebês, por não saber o que é ou não permitido (Anjos, et al 2012).

Outro ponto importante é que as informações precisam ser passadas de uma maneira detalhada e com linguagem acessível. É necessário que a mãe possa realmente compreender quais os procedimentos estão sendo realizados e qual o estado clínico do seu filho (Frello & Carraro, 2012).

Alguns bebês recebem alta sem suas mães terem recebido informações suficiente a respeito de como devem exercer os cuidados ao recém-nascido no domicílio. Este é um fator que destaca a importância das genitoras serem consideradas como participantes ativas no processo de aprendizagem, durante o período em que permanecem como acompanhantes dos seus bebês que estão hospitalizados na UTIN. Assim, as informações e orientações que as puérperas recebem durante a internação do seu filho, são de fundamental importância para que ele posteriormente receba cuidados mais

adequados, prevenindo riscos para a saúde do recém-nascido após a alta hospitalar (Frota *et al.*, 2013).

O quarto fator ao ser analisado teoricamente, contempla a dimensão emocional de apoio social. Que diz respeito à percepção do indivíduo de que a sua rede de contatos sociais o compreende, tendo pessoas com as quais ele pode conversar sem medo de ser julgado (Griep, 2003; Sherbourne, & Stewart, 1991). O item 16 “que lhe dê bons conselhos”, avaliado na segunda rodada de juízes para compor a dimensão de apoio de informação tendo, no entanto, uma maior carga fatorial nesta dimensão.

Este resultado faz sentido teoricamente, pois os demais itens dessa dimensão, como por exemplo, o item 11 “com quem você pode conversar sobre a hospitalização do seu bebê”, dizem respeito à disponibilidade da rede de apoio social para conversar com a genitora, sendo estabelecido um ambiente de empatia e aceitação.

Em um estudo desenvolvido com mães primíparas, foi observado que elas relataram sentimentos e intensos de dificuldades, que não tendem a ser expostos e aceitos no senso comum. Muitas mães referiram sentir medo, cansaço e desespero. Elas relataram que o apoio dos seus maridos, mães e sogras ajudou no enfrentamento dos períodos difíceis e que o apoio, apesar de não anular os efeitos adversos das experiências negativas, o amenizou. Elas puderam vivenciar de forma mais positiva suas experiências, ao se sentirem apoiadas emocionalmente e em tarefas práticas (Rapoport & Piccinini, 2011).

Se a vivência de sentimentos negativos pode vir a permear o momento da maternidade, ela tende a ser intensificada quando o bebê nasce prematuro e precisa ser hospitalizado na UTIN. Em uma pesquisa realizada por Anjos *et al.*, (2012), as participantes referiram sentimentos de tristeza, angústia e sofrimento, frente a

necessidade de interromper a gestação, o que implicou no nascimento pré-termo de seu filho.

Quando o bebê nasce prematuramente e precisa ser hospitalizado na UTIN, as genitoras podem vir a sentir o medo de que o seu bebê venha a óbito. Assim, o momento que deveria ser, no imaginário popular, de alegria, pode vir a representar um período permeado por angústias e incertezas em relação ao estado clínico e ao futuro do bebê. Diante disso e de todos os aspectos comuns a vivência de mães de neonatos prematuros hospitalizados, é importante que haja diálogo empático com a genitora e com os membros de sua família (Oliveira *et al.*, 2013).

É esse processo de escuta e diálogo que a mãe é preparada enfrentar e lidar com as situações e desafios que surgem em seu cotidiano, podendo vir a auxiliar em uma melhor recuperação do neonato (Oliveira *et al.*, 2013). Observa-se assim a importância do apoio emocional, da genitora poder contar com pessoas que estejam disponíveis para estar e conversar com elas (Frello & Carraro, 2012). Assim, o fator marcante da dimensão de apoio emocional é a disponibilidade da rede de apoio do indivíduo demonstrar empatia e compreensão, no momento de hospitalização do neonato.

O quinto fator, não representa uma dimensão teórica se considerada apenas a literatura a respeito dos aspectos funcionais do apoio social. Entretanto, considerando a literatura a respeito do nascimento prematuro seguido da hospitalização do bebê na UTIN, pode-se denominar essa dimensão como apoio de acolhimento.

O item 10 “Que lhe oriente a como resolver um problema” que compõe esta dimensão, havia sido desenvolvido para fazer parte da dimensão de apoio de informação. Os itens 17 “Com quem você pode contar em qualquer situação da sua

vida” e 18 “Para compartilhar seus medos mais íntimos”, foram inicialmente construídos para compor a dimensão de apoio emocional.

A dimensão de apoio de acolhimento faz menção à percepção de que as genitoras possuem pessoas da sua rede de contatos sociais disponíveis para acolhê-las não apenas no que se refere aos cuidados ao bebê, mas em todas as situações de sua vida. Como as mães acompanhantes de bebês prematuros têm reduzido o contato com sua rede social, essa dimensão representa a necessidade de que elas sejam acolhidas e sintam-se apoiadas em diversos aspectos da vida. Todavia, é importante que a puérpera possa contar com esse aspecto funcional do apoio durante a sua permanência como acompanhante do seu bebê.

A permanência da mãe no hospital como acompanhante do seu filho tende a ser descrita como difícil e solitária (Araújo & Rodrigues, 2010). Apesar dos benefícios de poder estar próximo do seu bebê, ao permanecer no hospital a mulher passa por uma redução, mesmo que temporária, do seu convívio social habitual (Souza *et al.* 2009).

Quando essa permanência no hospital é prolongada, é comum o sentimento de saudade, principalmente daqueles familiares que são considerados mais próximos. Existe ainda o fato de muitas mães morarem em outras cidades, o que dificulta e em alguns casos impossibilita que elas recebam visitas diárias (Vasconcelos, et al 2006).

Residir no espaço hospitalar, no qual em alguns momentos ocorrem conflitos, havendo ao mesmo tempo uma separação do convívio familiar cotidiano, tende a ser compreendido como um período difícil e doloroso (Vasconcelos, et al 2006). É comum que elas sintam falta dos entes queridos que permaneceram em casa (Araújo & Rodrigues, 2010). Diante dessa realidade, é importante que as mães possam se perceber acolhidas, identificando que apesar do distanciamento físico, elas contam com pessoas

da sua rede de contatos sociais das quais são íntimas, aquelas com as quais elas acreditam que podem contar em qualquer situação da sua vida.

O sexto fator é composto pelos itens 5 “Que a oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde” e 6 “Para lhe dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após a alta hospitalar”, que haviam sido elaborados inicialmente para compor a dimensão de apoio de informação.

Foi constatada a fundamentação teórica de que eles constituem a dimensão de apoio de atenção. Essa dimensão contempla a disponibilidade da rede de apoio social de estar atenta as necessidades da genitora no que se refere aos cuidados dela com a sua saúde e a suas inseguranças quanto aos cuidados prestados ao bebê após a alta hospitalar.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção ao recém-nascido deve ter como foco não apenas a saúde, mas também a qualidade de vida do RN. Assim, ainda durante o período de hospitalização do bebê na UTIN, é preciso que seja prestada atenção em saúde para a genitora e que esta seja aos poucos preparada para desenvolver os cuidados ao seu neonato após a alta hospitalar (Brasil, 2011).

Ao optarem por permanecer no hospital como acompanhantes de seus filhos, elas tendem a cuidar integralmente do bebê, deixando em segundo plano, em alguns momentos, as suas próprias necessidades (Araújo & Rodrigues, 2010). Além disso, é comum que ao se tornarem mães, as genitoras sintam medos e inseguranças (Rapoport & Piccinini, 2011).

Esses medos e inseguranças podem ser intensificado quando o bebê prematuro recebe alta e vai para casa (Frota *et al.*, 2013). Nesse momento, a genitora que

permaneceu como acompanhante do seu filho na UTIN tende a ser a principal responsável por exercer os cuidados ao bebê.

Entretanto, muitas vezes elas não recebem as informações necessárias, nem lhes é dada a possibilidade de atuarem de forma mais efetiva nos cuidados ao recém-nascido enquanto ele ainda está na UTI neonatal (Frota *et al.*, 2013). Dessa maneira, faz-se de fundamental importância que a mãe receba atenção por parte tanto da equipe de saúde, quanto da sua rede de relações sociais, para que além das necessidades do neonato, sejam também percebidas as demandas maternas.

Existe um alto investimento para que haja um aumento da sobrevivência dos neonatos, entretanto, também é importante dar atenção e investir na saúde e qualidade de vida das mães que permanecem como acompanhantes do seu bebê. Elas precisam ter suas necessidades atendidas e receberem a devida atenção, o demonstra a importância dessa dimensão (Brasil, 2011).

Ao desenvolver a Escala para avaliação apoio social em mães de neonatos prematuros hospitalizados, esperava-se que a análise fatorial exploratória pudesse apresentar diferenças entre as dimensões inicialmente pensadas para compor o instrumento, que foram baseadas na definição constitutiva do apoio social e os fatores. Isso porque a percepção das genitoras é permeada pela realidade por elas vivenciada.

Assim, apesar as dimensões de apoio de atenção e de acolhimento, não terem sido inicialmente pensadas no processo de elaboração desta escala, estas apresentam respaldo teórico.

No que se refere à validade de construto do instrumento construído na presente tese, foi possível constatar que os fatores apresentaram uma variância explicativa satisfatória. Considerando a dificuldade conceitual e de extração de fatores comum ao



construto apoio social e as especificidades da população meta, considera-se que os resultados de validade de construto desta escala foram satisfatórios e promissores. Entretanto, sugere-se que seja dada continuidade a verificação da estrutura fatorial, a fim de aprimorar os resultados em estudos posteriores.

Para verificar a consistência interna dos dados, foi utilizado o Alfa de Cronbach. Talvez um grande número de pesquisadores opte pelo uso desta técnica, pois nela ocorre a aplicação do teste em apenas uma ocasião, possibilitando a verificação da consistência interna dos itens que compõe o instrumento de medida avaliado (Pasquali, 2009).

O pressuposto que fundamenta o Alfa de Cronbach é a identificação se os itens covariam. Isso é verificado em uma determinada ocasião, tendendo a se repetir nas demais situações em que o instrumento de medida for utilizado, tratando-se dessa maneira, de uma estimativa de precisão (Pasquali, 2009).

No caso de construtos que são multidimensionais, é recomendável calcular não só o alfa total, mas também o valor para cada uma das dimensões que compõe o construto. Além disso, alguns autores sugerem que os valores abaixo de 0.70 e acima de 0.90 não representam bons indicadores de consistência interna (Campos, 2006; Oviedo, & Campo-Arias, 2005).

Todavia, acredita-se que valores de alfa um pouco superiores a 0.9, apresentados neste estudo tendem a ser em decorrência da homogeneidade da amostra. Pois, trata-se de uma população meta muito específica, de mães de bebês prematuros hospitalizados em UTIN, que permanecem como acompanhantes dos seus bebês no hospital.

Foi realizado o procedimento recomendado pela literatura de calcular os valores de Alfa para cada dimensão, pois trata-se de um construto multidimensional. Ainda assim, foram constatados valores acima de 0.9 em algumas dimensões. Os valores de

alfa calculados individualmente para cada item, como um valor único para o instrumento, e considerando um valor para cada dimensão. Observa-se, que o instrumento teve índices satisfatórios de consistência interna, sendo verificada evidência de precisão da escala desenvolvida neste estudo.

De acordo com Pasquali (2009) “a *validade de critério*” de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se, assim, o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada.”

As dimensões 4, 5 e 6 apresentaram baixos índices de validade. Esse é um aspecto a respeito do qual deve-se refletir, pois ao atribuir uma nota ao apoio social, ou referir se percebe que tem ou não apoio, imagina-se que as mães estejam pensando no apoio social de forma geral, o que pode, não abarcar as especificidades de algumas dimensões. Entretanto, os resultados obtidos neste estudo indicam que o instrumento possui uma boa evidência de validade de critério, quando considerado o escore total do apoio social.

De maneira geral, o instrumento apresentou evidências de validade satisfatórias. Sendo promissor o uso deste para identificar as mães de bebês prematuros hospitalizados que se percebem como tendo pouco apoio social. O desenvolvimento de um instrumento de medida envolve um processo laborioso, pretende-se assim, continuar aprimorando a investigação das evidências de validade desta escala.

Quanto à comparação da percepção do apoio social e as variáveis sociobiodemográficas, foi observado que as mães que referiram morar no interior apresentaram uma pontuação mais alta na dimensão de apoio afetivo. Como o construto avaliado envolve percepção, pode-se desenvolver a hipótese de que devido à dificuldade

de se fazerem presentes fisicamente, pelos aspectos que já foram discutidos na presente tese, a rede de apoio esteja disponibilizando demonstrações mais frequentes de amor e afeto, como por exemplo, por telefone. Pois essa dimensão não diz respeito a um auxílio comportamental, mas sim a percepção por parte da genitora de que ela é querida, amada, recebendo palavras de carinho e de ânimo. Portanto, esse tipo de ajuda não está necessariamente relacionado a proximidade física da genitora com sua rede de laços sociais.

Também foi identificado que as mães que tiveram intercorrência após o parto, apresentaram uma maior pontuação na dimensão de apoio de acolhimento. Como esta dimensão está relacionada a percepção de que as genitoras podem contar com pessoas disponíveis acolhe-las não só no que se refere aos cuidados ao neonato, como também nas diversas situações de sua vida, o fato da mãe ter intercorrências após o parto pode ter acionado o apoio posto a disposição pela sua rede de contatos sociais, no que se refere a essa dimensão.

Como limitação desse estudo observa-se a dificuldade de acesso a dados mais recentes quanto ao número de recém nascidos prematuros hospitalizados na UTIN, para realização do cálculo amostral. Este é um problema comum aqueles que realizam estudos com essa população meta.

Além disso, trata-se de um estudo transversal, realizado na Cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Assim, faz-se relevante que outras pesquisas sejam realizadas em outros Estados do Brasil, tendo como finalidade dar continuidade a verificação das evidências de validade deste instrumento.

Destaca-se ainda a dificuldade de acesso as mães acompanhantes de bebês prematuros hospitalizados, devido a rotina por elas vivenciada. Essa dificuldade,

somada a rotatividade da UTIN e o fato de que muitas genitoras moram no interior e algumas não voltam para fazer as consultas de rotina, inviabilizaram a realização do teste-reteste, optando-se assim pela utilização dos índices de consistência interna.

Outra aspecto é a escolha de uma escala likert de três pontos, que de acordo com Pasquali (2009) apresenta limitações. Entretanto, devido ao baixo nível de escolaridade, compreende-se que essa seria a melhor opção para que as participantes tivessem um melhor entendimento do instrumento.

Também não foi possível utilizar um instrumento padrão ouro, por compreender-se que este não abarcava elementos específicos do contexto das participantes deste estudo, como pode ser observado na dimensão de apoio de interação. Ademais, não foi possível efetuar a validade de critério com outra amostra, mediante as dificuldades já mencionadas.

Apesar das limitações, este estudo traz consideráveis contribuições acadêmicas e sociais. Proporcionando o desenvolvimento de uma Escala que apresenta evidências de validade satisfatórias, tendo sido elaborada levando em consideração as características comuns a realidade vivida pelas mães acompanhantes de bebês prematuros hospitalizados, podendo assim auxiliar na identificação das genitoras que se percebem como tendo pouco apoio social.

## 9.4 Conclusões

A presente tese respondeu a todos os objetivos a que se propôs. A Escala para Avaliação do Apoio Social em Mães de Bebês Prematuros Hospitalizados apresentou evidências de validade de critério, de construto e de consistência interna satisfatórias, apresentando-se como um instrumento eficaz para avaliar o apoio social percebido em amostras com características sociobiodemográficas semelhantes.

As etapas de desenvolvimento do instrumento atribuíram a ele a possibilidade de ser construído de acordo com a definição conceitual de apoio social adotada neste estudo, bem como levando em consideração as especificidades da situação e do contexto vivido pela população meta. Isto possibilita que a avaliação do apoio social contemple aspectos comuns à realidade vivida pelas mães acompanhantes.

Além disso, destaca-se que, no Brasil, têm sido desenvolvidas políticas de humanização a assistência ao recém-nascido. Dentro desse contexto, está inserida a possibilidade da mãe permanecer no hospital como acompanhante do seu bebê e o incentivo para que os profissionais identifiquem se existe uma rede de contatos com a qual a genitora possa contar e incentive a participação dessa rede. Trata-se de um dos critérios que deve ser levado em consideração ao decidir quando o bebê passará da primeira para a segunda etapa do método canguru.

O instrumento desenvolvido no presente estudo auxilia na identificação das mães que se percebem como tendo pouco apoio social, sendo também possível identificar essa percepção em relação a cada uma das dimensões do apoio contempladas na escala. Ademais, é viável verificar se as mães percebem que podem contar com

algum familiar ou amigo para ajudá-las a enfrentar a situação de hospitalização do seu filho. Este é um aspecto de extrema relevância, pois o apoio social pode vir a atuar como um fator de proteção, principalmente em situações estressantes.

Essa identificação pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções que proporcionem uma assistência mais humanizada. Pode ser verificado, por exemplo, se a genitora percebe ter disponível um bom apoio de informação. Este é um aspecto fundamental, pois caso o neonato receba alta sem que as mães percebam que tiveram um apoio adequado, durante o período em que ele estava na UTIN, pode fazer com que ela tenha dificuldades no cuidado ao bebê no domicílio.

Outro aspecto de ordem prática e de extrema importância é a avaliação se a mãe percebe que sua rede de contatos disponibiliza apoio material. Esta é uma dimensão ampla, mas que permite contemplar itens que possibilitam averiguar, por exemplo, se a genitora percebe contar com alguém que ajude com materiais como roupas e fraldas para o bebê, caso ela precise. Algumas participantes deste estudo relataram não ter nenhum tipo de renda familiar, nem mesmo de programas de assistência social. Este é um aspecto que quando avaliado ainda durante a permanência do bebê na UTIN, pode possibilitar o desenvolvimento de intervenções que visem assegurar minimamente a qualidade da assistência ao bebê após a alta hospitalar.

Destaca-se ainda que esta é uma escala que não se restringe a ser usada por psicólogos. Ela pode ser utilizada por qualquer profissional de saúde, sendo de rápida aplicação, gerando a possibilidade de identificação de melhorias nas intervenções desenvolvidas com a genitora durante o período em que ela permanece como acompanhante do seu bebê.

Sugere-se que seja dada continuidade ao processo de identificação das evidências de validade desta escala. Mesmo tendo qualidades psicométricas promissoras, é importante que ele seja administrado em diferentes regiões do país, e que seja dada continuidade a verificação da sua estrutura fatorial.

## 10. Referências Bibliográficas

- Anjos, L. S. *et al.*, (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista brasileira de enfermagem*, 65(4): 571-577.
- Airosa, S., & Silva, I. (2013) Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças* [online]. 14(1): 64-77.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. São Paulo: Artmed.
- Araújo, B. F., & Tanaka, ACd'A (2007). Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Cadernos Saúde Publica*, 223(12): 2869-77.
- Araújo, B. B. M., & Rodrigues, B. M. R. D. (2010). O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 14(2): 284-292.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review Public Health*, 5, 413-432.
- Brasil. (1990, 16 de julho). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, p.13.563.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Portaria nº 930. a. (2012). *Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema único de saúde (SUS)*. [legislação na internet]
- Brasil. Ministério da Saúde. b. (2012). *Gestação de Alto Risco Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. Ministério da Saúde. c. (2012). *Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde.



- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53); 423-432.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S.H., Gruy, F. W., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26:709-723.
- Camacho, K. G., Vargens, O. M. C., Progianti, J. M., & Spíndola, T. (2010). Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y enfermería*, 16(2): 115-125.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F. Z., Sougey, E. B., & Rennó J, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6): 288-294.
- Campo-Arias, A. (2006) Usos del coeficiente de alfa de Cronbach. *Biomédica*, 226:585-588
- Cartaxo, L. S., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M. A., Platel, I. C. S., & Freire, M. E. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista enfermagem UERJ*, 22(4): 551-557.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of epidemiology*, 104(2): 107-123.
- Chourasia, N. Surianarayanan, P. Adhisivam, B., & Vishnu, B. B. (2013). NICU admissions and maternal stress levels. *Indian Journal Pediatrics*; 80(5): 380-38.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 33-314.
- Cohen, S. & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2): 99-125
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). *Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis*. In: Baum, A., Taylor, S. E. & Singer, J. E. Handbook of psychology and health. Hillsdale, NJ.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A., (1985). Stress, social supportand, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98:310-357.
- Couto, F. F., & Praça, N. S. (2012). Premature newborn: maternal support at home for care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1):19-26.

- Custodio, Z. A. O. (2010). *Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Dantas, M. M. C., Alchieri, J. C., & Maia, E. C. (2015). Instrumentos empleados en la evaluación del apoyo social. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 61(4): 305-313.
- David, M. A. O., Benute, G. R. G., Junior, R. F., Nomura, R. Y., de Lucia, M. C., & Zugaib, M. (2008). Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicologia Hospitalar* 6(1): 2-20.
- Favaro, M. S. F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3): 457-465.
- Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do Amarante, P. A. M., & Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Archives Gynecology Obstetrics*, 291(5): 999 - 1003.
- Frello, A. T., & Carraro, T. E. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3): 514-521.
- Figueiro, D., & Silva, J. (2010) Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Campinas* 16(1); 160-185.
- Frota, M. A., Silva, P. F. R., Moraes, S. R., Martin, E. M. C. S., Chaves, E. M. C., & Silva, C. A. B. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17 (2); 277-283.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1755-1769.
- Gonçalves, T. R. (2012). Apoio social e saúde: contribuições das ciências sociais e humanas às intervenções em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5): 1115-1124.
- Gottlieb, E. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5): 511-520.

- Griep, R.H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):703-714
- Guimarães, E. C. & Melo, E. C. P. (2011). Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Revista de Escola Anna Nery de Enfermagem*, 15(1): 54-61.
- Hopkins, J., & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1): 57–65.
- Lee, T. Y. Wang, M. M. Lin, K. C., & Kao, C. H. (2013). The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*; 69(5): 1085-1095.
- Maldonado, M. T (1997). *Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério*. São Paulo: Saraiva
- Matsukura, T., Marturano, E., & Oishi, J. O. (2002). Questionário de Suporte Social (SSQ): Estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5): 675-81.
- McManus, B.M., & Poehlmann, J. (2012). Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin. *Child Care Health Dev*, 38(3): 425-34.
- Montirosso, R, Provenzi, L, G., Calciolari & Borgatti, R. (2011). Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica*, 101(2): 136-142.
- Oviedo, H. C. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (4)572-580.
- Oliveira, M. R., & Desen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia Campinas*, 29(1): 81-88.
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H. & Correa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]*, 17(1): 46-53.

- Perlin, D. A., Oliveira, S. M., & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3): 458-464.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de psiquiatria clínica*, 25(5): 206-13.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USO*. (43) 992-999.
- Pasquali, L. (2010). *Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção*. In: Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. São Paulo: Artmed.
- Piccinini, C. A., Gomer, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo* 13(1): 63-72.
- Pontes, G. A. R., & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 63(4): 290-298.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2): 215-225.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G. & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 13(2): 307-310.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de fisioterapia*, 11(1): 83-89.
- Santos, G. E. O. (2009). *Cálculo amostral: calculadora on-line*.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Saranson, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 127-139.
- Siqueira, M. B. C., & Dias, M. A. B. (2011). A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(1): 27-36.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 38: 705-714.
- Schwartz, T., Vieira, R. & Geib, L. T. C. (2011) Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2575-2585.

- Silva, K. S., & Coutinho, E. S. F. (2005). Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21(3): 979-983.
- Soifer, LR. (1980). *Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, N. L., Carvalho, J. B. L., & Silva, M. L. C. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5): 729-733.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., Junior, A. M., & Junior, H. A. (2010). Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2): 159-165.
- Souza, N. L., de Araújo, A. C. P. F. & Costa, I. C. C. (2013). Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*: 21(3): 1-8.
- World Health Organization (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [online].
- Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M & Scochi, C. G. S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1): 47-57.
- Vieira, V. (2012). *Apoio social materno e desenvolvimento infantil: crianças nascidas a termo e pré-termo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Vieira, J. M. F., Farias, M. F., Santos, J. L., Davim, R. M. B. & Silva, R. A. R. (2012). Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(4): 3206-3215.
- Zimet, G. D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52; 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Wekman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3-4): 610-617.

## 11. Anexos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 488.249

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa tem como tema central o apoio social que é considerado como um importante fator de proteção para saúde da mãe-bebê, sendo de fundamental relevância no contexto de nascimento prematuro seguido da hospitalização do neonato. Todavia, no Brasil, não existem instrumentos padronizados e validados para avaliar o referido construto especificamente nesse contexto. Por esse motivo os autores objetivam desenvolver e buscar evidências de validade de um instrumento que avalie o apoio social em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. Através da referida pesquisa, esperam elaborar um instrumento válido, para avaliação do apoio social, em mães de bebês prematuros hospitalizados. Assim, será possível trazer contribuições para o diagnóstico do apoio social percebido pelas genitoras, sendo consideradas as especificações que perpassam o contexto do nascimento pré-termo seguido de hospitalização do neonato. Além de trazer contribuições a literatura a respeito desta temática. Além disso, espera-se auxiliar na fundamentação teórica que venha a embasar o desenvolvimento de possíveis intervenções que tenham como foco não só a saúde fisiológica dos neonatos, como também o contexto psicossocial que perpassa este contexto de crise.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O cronograma de execução foi reformulado, estando mais adequado, exprimindo a ordem temporal dos fatos. O TCLE foi reformulado, termos que poderiam gerar dificuldade de compreensão foram explicados em uma linguagem mais simples, facilitando o entendimento. A realização de intervenções nas UTINs era um aspecto que havia sido relatado no TCLE, mas os pesquisadores afirmaram na respostas às pendências que como não era objetivo da pesquisa, esse item foi removido da nova versão do TCLE. Os autores mencionavam como benefício da pesquisa a entrega de uma cartilha sobre funcionamento da UTINs, fato que foi questionado, já que essa prática é uma obrigação do serviço e não um benefício da pesquisa, o que foi acatado pelos pesquisadores e removido do TCLE.

### **Recomendações:**

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000  
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

Página 03 de 05

Continuação do Parecer: 488.249

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000  
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

## Formulário enviado aos juízes (Segunda rodada)

### Criação e validação de uma escala para avaliar a percepção do apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados

Prezado(a) Juiz(a),

Este estudo trata-se de uma pesquisa de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Psicologia (PPGPSI/UFRN), que tem como objetivo desenvolver e buscar evidências de validade de um instrumento que avalie o apoio social em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados.

Solicitamos sua contribuição ao analisar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão (apoio social e seus fatores). Para tanto, este questionário está dividido em duas partes, primeiramente apresentamos o conceito de apoio social, bem como dos fatores adotados neste instrumento.

Em seguida pedimos que você classifique a compreensão dos itens que varia de 1 a 3 (1 = de fácil entendimento; 2 = de médio entendimento; 3 = difícil entendimento) e identifique a qual dimensão o item pertence. A segunda parte está organizada em uma planilha do Excel for Windows para facilitar o preenchimento.

#### PARTE 1: APRESENTAÇÃO DOS CONCEITOS

→ O instrumento em questão adota conceito a seguir:

“O apoio social é compreendido como a percepção do indivíduo em relação à ajuda posta a disposição pela sua rede de contatos sociais, através do fornecimento de determinadas funções. (Gonçalves *et al.* 2011; Gonçalves, 2012).”

→ Os fatores do apoio social abordados são as seguintes:

- Apoio de informação: “abarca a percepção de que o indivíduo tem pessoas com as quais ele pode se aconselhar, estando disponíveis para dar informação e para orientá-lo caso ele precise.” (Griep, et al 2005; Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoio emocional: “se refere a demonstrações de compreensão e empatia, englobando o incentivo para que os sentimentos sejam expressos.” (Griep, et al 2005; Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoio material: “faz menção ao apoio que pode ser expresso através de ajuda material ou de comportamentos que promovam assistência.” (Griep, et al 2005; Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoio afetivo: “envolve a percepção de que o indivíduo pode contar com pessoas que demonstram que o amam e que sentem carinho por ele.” (Griep, et al 2005; Sherbourne & Stewart, 1991).



### **Roteiro da entrevista semi estruturada**

1. De maneira geral, quando você precisa de ajuda, com quem você pode contar?
2. Que tipo de apoio você acha que é importante ser recebido, durante o período de hospitalização do seu bebê na UTIN?
3. Com quem você pode contar neste momento, para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?
4. Que tipo de apoio você acha que necessitará quando seu filho receber alta e puder ir para casa? Quem pode fornecer esse apoio?
5. O que é apoio social para você?
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa, que não foi dita anteriormente?

### **Questionário Sociodemográfico**

**Nome (Iniciais):** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Hospital:** \_\_\_\_\_

**Município onde mora atualmente:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** ( ) solteira ( ) casada ( ) viúva ( ) divorciada ( ) união estável  
Há quanto tempo você está na situação conjugal atual? \_\_\_ anos ( ) menos de 1 ano

**Escolaridade (em anos):** \_\_\_\_\_

**Renda Familiar (em salários mínimos):** \_\_\_\_\_

**Religião: Você tem alguma religião?** ( ) sim; ( ) não

**Com que frequência você participa de atividades religiosas:**

( ) Algumas vezes no ano ( ) 1 vez no mês ou mais ( ) 1 vez por semana ( ) mais de uma vez por semana

**Você se sente apoiada na atual nesta situação de hospitalização do seu bebê?**

( ) Sim ( ) Não

**Dê uma nota de 1 a 10 ao apoio que você percebe estar recebendo durante a atual situação de hospitalização do bebê**

**NADA DE APOIO \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10 COMPLETAMENTE APOIADA**

### Informações Gerais da mãe

**Data de internação:** \_\_\_\_\_ **Número de Gestações:** \_\_\_\_\_

**Número de filhos vivos:** \_\_\_\_\_ **Aborto:** \_\_\_\_\_ **Natimorto:** \_\_\_\_\_

**RN:** ( ) masculino ( ) feminino

**Tipo de parto:** ( ) normal ( ) com fórceps ( ) cesário

**Intercorrências durante a gestação:**

( ) sim; ( ) não

**Intercorrências durante o parto:**

( ) sim; ( ) não

**Intercorrências após o parto:**

( ) sim; ( ) não

**Acompanhamento pré-natal:** ( ) sim ( ) não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

### Informações Gerais do Neonato

**Nome (Iniciais):** \_\_\_\_\_

**Idade gestacional (IG):** \_\_\_\_\_ **Peso (em gramas - nascimento):** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

### **Avaliação da rede social**

1. Você pode contar com algum familiar para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

2. Você pode contar com algum amigo para lhe ajudar a enfrentar a situação de hospitalização do seu bebê?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

### **Escala para avaliação do apoio social percebido por mães de bebês prematuros hospitalizados**

Esta escala é composta por uma lista de frases a respeito da ajuda e apoio que você percebe receber desde o momento que chegou ao hospital. Marque a opção que melhor representa a sua percepção.

Você percebe que pode contar com alguém...	
1. Para dar informações sobre o estado de saúde do seu bebê	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
2. Que a escute quando você necessita conversar	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
3. Que lhe dê orientações sobre os cuidados que você deve ter com seu bebê	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
4. Para dar informações sobre como funciona a UTI	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
5. Que a oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
6. Para lhe dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após alta hospitalar.	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
7. Que lhe explique como o seu bebê está	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).

8. Para falar sobre suas preocupações com a hospitalização do seu bebê	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
9. Que a aceite como você é	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
10. Que a oriente a como resolver um problema	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
11. Com quem você pode conversar sobre a hospitalização do bebê	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
12. Que compreende quando você está estressada com a rotina hospitalar	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
13. Que entende como é cuidar de um bebê prematuro	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
14. Com quem você pode falar sinceramente, sem medo de ser julgada	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
15. Que lhe dê informações que ajudem você a compreender a situação de hospitalização do seu bebê	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
16. Que lhe dê bons conselhos	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
17. Com quem você pode contar em qualquer situação da sua vida	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
18. Para compartilhar seus medos mais íntimos	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
19. Que a ajude se você adoecer	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
20. Para levá-la ao médico, caso você precise	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
21. Para fazer suas refeições, caso você não possa prepará-las	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
22. Que a ajude financeiramente, caso você precise	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).

23. Que a ajude com materiais, como roupas e fraldas para o seu bebê, caso você precise	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
24. Que a ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
25. Que a ajude nas tarefas domésticas	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
26. Que visite o seu bebê na UTI, se você não puder visitá-lo	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
27. Que a ajude a caminhar no hospital, caso você precise	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
28. Que demonstre que ama você	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
29. Que se importa com você	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
30. Que a faça sentir-se querida	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
31. Que lhe dê uma palavra de conforto	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
32. Que lhe dê uma palavra de ânimo	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
33. Que lhe dê atenção	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
34. Que demonstre que sente carinho por você	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
35. Que demonstre afeto por você	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).
36. Que goste de você	Tanto quanto gostaria ( ); Quase tanto quanto gostaria ( ); Menos do que gostaria ( ).

## **Distribuição dos itens da Escala por dimensão e pontuação máxima e mínima para cada dimensão**

### ***Itens que compõe a dimensão de apoio afetivo***

---

Questões
28. Que demonstre que ama você
29. Que se importa com você
30. Que a faça sentir-se querida
31. Que lhe dê uma palavra de conforto
32. Que lhe dê uma palavra de ânimo
33. Que lhe dê atenção
34. Que demonstre que sente carinho por você
35. Que demonstra afeto por você
36. Que goste de você

---

Total de itens = 9; Pontuação máxima 27; Pontuação mínima; 9

---

### ***Itens que compõe a dimensão de apoio material***

---

Questões
19. Que a ajude se você adoecer
20. Para levá-la ao médico, caso você precise
21. Para fazer suas refeições, caso você não possa prepará-las
22. Que a ajude financeiramente, caso você precise
23. Que a ajude com materiais, como roupas e fraldas para o seu bebê caso você
24. Que a ajude a cuidar do seu bebê, caso você precise
25. Que a ajude nas tarefas domésticas
26. Que visite o seu bebê na UTI, se você não puder visitá-lo
27. Que a ajude a caminhar no hospital, caso você precise

---

Total de itens = 9; Pontuação máxima 27; Pontuação mínima; 9

---

### ***Itens que compõe a dimensão de apoio de informação***

---

Questões
1. Para dar informações sobre o estado de saúde do seu bebê
3. Que lhe dê orientações sobre os cuidados que você deve ter com o seu bebê.
4. Para dar informações sobre como funciona a UTI
7. Que lhe explique como o seu bebê está
13. Que entende como é cuidar de um bebê prematuro
15. Que lhe dê informações que ajudem você a compreender a situação de

---

Total de itens = 6; Pontuação máxima 18; Pontuação mínima = 6

---

***Itens que compõe a dimensão de apoio emocional***

---

Questões

---

- 2. Que a escute quando você necessita conversar
- 8. Para falar sobre suas preocupações com a hospitalização do seu bebê.
- 9. Que a aceite como você é
- 11. Com quem você pode conversar sobre a hospitalização do seu bebê
- 12. Que compreende quando você está estressada com a rotina hospitalar
- 14. Com quem você pode falar sinceramente, sem medo de ser julgada
- 16. Que lhe dê bons conselhos

---

Total de itens = 7; Pontuação máxima = 21; Pontuação mínima = 7

---

***Itens que compõe a dimensão de apoio de acolhimento***

---

Questões

---

- 10. Que lhe oriente a como resolver um problema
- 17. Com quem você pode contar em qualquer situação da sua vida.
- 18. Para compartilhar seus medos mais íntimos

---

Total de itens = 3; Pontuação máxima = 9; Pontuação mínima = 3

---

***Itens que compõe a dimensão de apoio de atenção***

---

Questões

---

- 5. Que a oriente em relação aos cuidados que você deve ter com a sua saúde.
- 6. Para lhe dar informações a respeito de como você deve cuidar do seu bebê após a alta hospitalar.

---

Total de itens = 2; Pontuação máxima = 6; Pontuação mínima = 2

---

***Pontuação total da Escala***

Máxima = 108

Mínima = 36