

Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuras

*Leziane Isolina Vilela Almeida
Salvador Boccaletti Ramos
Glória Lúcia Alves Figueiredo*

Resumo: Pesquisa transversal de abordagem quantitativa e qualitativa com objetivo de analisar pelo referencial da Promoção da Saúde a percepção de apoio e rede social no contexto urbano. Aplicou-se escala de MOS-SSS e um questionário a 75 mães de crianças com até 24 meses de idade, nascidas prematuras e seguidas em ambulatório especializado de crianças de risco. A rede social da maioria tem no máximo três pessoas, sendo que 33% não tem amigos. A dimensão afetiva da família foi o apoio mais percebido (86,66%). Da cidade de moradia apontaram potencialidades (família, acesso aos serviços de saúde, segurança) e fragilidades (lazer, áreas públicas), elementos que subsidiam a implementação de ações e políticas em Promoção da Saúde. Conclui-se que a percepção positiva do apoio e rede social no contexto urbano, além de favorecer o desenvolvimento e qualidade de vida dos prematuros, infere um alto suporte social, quesito necessário para um município saudável.

Palavras-chave: cidade; prematuro; apoio social.

Support and social network in the urban context: Perceptions of mothers of premature children

Abstract: Cross-sectional research of a quantitative and qualitative approach with the objective of analyzing, through the Health Promotion referential, the perception of support and social network in the urban context. A MOS-SSS scale and a questionnaire were applied to 75 mothers of children up to 24 months of age, born prematurely and followed up in a specialized clinic of risk children. The social network of the majority has a maximum of three people, and 33% have no friends. The affective dimension of the family was the most perceived support (86.66%). From the city of housing they pointed out potentialities (family, access to health services, safety) and fragilities (leisure, public areas) which support the implementation of Health Promotion actions and policies. It is concluded that social network in the urban context, besides promoting the development and quality of life of premature infants, infers a high social support, necessary for a healthy municipality.

Keywords: city; premature; social support.

Introdução

A gravidez constitui um período de muitas expectativas, não só para a gestante, mas também para toda a sua família. O parto prematuro, no entanto, altera essas expectativas, afetando diretamente a estrutura familiar e a sociedade pelo alto custo social e financeiro de difícil mensuração. A sobrevivência do recém-nascido prematuro (RNPT) reflete a estrutura e qualidade do cuidado pré-natal, da assistência ao parto e também do atendimento neonatal, uma vez que marcado por sequelas e um estado de saúde frágil, demandará cuidados e vigilância intensiva (Guinsburg & Almeida, 2016; Liu et al., 2016).

Segundo relatório “Born too Soon” (World Health Organization [WHO], 2012), no cenário mundial, todo ano, quinze milhões de bebês nascem cedo demais (idade gestacional

menor que 37 semanas); mais do que um em cada dez bebês nascem prematuros, afetando famílias em todo o mundo. No estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2013) em 2013, o Brasil apresentou índice de prevalência de partos prematuros de 11,7%, sendo o décimo país do mundo em número de nascidos vivos prematuros.

O nascimento prematuro é um evento que gera nos pais sentimentos de medo e insegurança em relação à sua sobrevivência, face às intercorrências de saúde e à necessidade de acompanhamento intensivo do crescimento e desenvolvimento. Essa vivência pode ser bem mais difícil quando os pais não têm apoio, não contam com um grupo de familiares, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde com quem possam compartilhar esse período (Simioni & Geib, 2008).

Os riscos da prematuridade colocam a família em uma situação de crise, por vezes impõe necessidades que os recursos pessoais e institucionais de que dispõe se mostram insuficientes, restando contar o Estado. Faz-se necessário que os profissionais de saúde envolvidos identifiquem necessidades e sejam capazes de mapear a rede social como uma estratégia de promoção da saúde da família e redução dos danos, a fim de promover um desenvolvimento infantil saudável (Custódio, Crepaldi & Linhares, 2014).

Diversas definições são propostas para os termos apoio social e rede social, mostrando que não existe um consenso sobre esses conceitos. Este estudo, no entanto, se apoiará nas definições apresentadas a seguir.

As redes sociais são definidas como grupo de pessoas ou estruturas com as quais o indivíduo mantém contato ou vínculo social e que podem ou não oferecer ajuda em situações de necessidade (Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2003). Compreende não apenas as relações com a família nuclear ou estendida, mas os vínculos interpessoais ampliados como os amigos, colegas de trabalho ou de estudo e as relações estabelecidas na comunidade (Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006).

As redes sociais podem ser analisadas conforme algumas características, tais como: tamanho (número de pessoas com as quais se tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de intimidade, reciprocidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos, que é a quantidade de pessoas próximas (Bullock, 2004).

São consideradas ainda, duas classificações para a rede social: formal e informal. Entende-se por rede social formal aquela na qual a composição se relaciona à posição e aos papéis desempenhados por seus membros na sociedade, incluindo profissionais de saúde, da escola, entre outros; e rede social informal é aquela na qual os membros têm relevância pelas relações na dimensão pessoal e afetiva, entre eles família, amigos, vizinhos (Alexandre, Labronici, Maftum & Mazza, 2012).

Já o termo apoio social é definido como o grau com que as relações interpessoais satisfazem a determinadas funções – afetiva; emocional, material – deve ser compreendido como um processo recíproco que gera efeitos positivos para quem recebe e também para quem oferece, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle de suas próprias vidas – *empowerment* (Griep et al., 2003). É considerado temporal, uma vez que pode variar com o curso de vida; requerem relações sociais que podem prover recursos emocionais, materiais (Bullock, 2004).

A classificação de apoio social envolve cinco dimensões: apoio material: auxílio financeiro, disponibilidade de recursos; emocional: ajuda em problemas emocionais, ter alguém para falar, desabafar e confiar; afetivo: demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva: disponibilidade de pessoas com quem possa se divertir ou relaxar; e de informação: apoio para dar orientações, conselhos, opiniões (Griep et al., 2003; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes 2005).

Entendendo que cuidar de uma criança significa acolher e compreender sua família, inclui a necessidade de conhecer o apoio e a rede social, que diferem conforme o contexto social que estão inseridos. Destarte, a conquista de uma vida com qualidade não passa apenas pela saúde, mas pelo papel dos governos, juntamente com outros segmentos sociais, por meio da participação social para busca de soluções político institucionais, a pesquisa levou em consideração ainda o movimento Cidades Saudáveis.

Uma população considerada saudável é aquela que melhora de modo contínuo o ambiente em que vive, seja físico ou social. O movimento por Cidades Saudáveis teve início no Canadá e o seu objetivo maior é a melhoria da qualidade de vida da população. Um projeto de cidade saudável pressupõe um novo projeto de cidade e uma sociedade renovada, que vai além do sistema de saúde (Westphal & Oliveira, 2015).

Reflexões e possíveis intervenções encontradas na literatura apontam a saúde psíquica amparada pelo apoio social de mães de neonatos prematuros hospitalizados. As relações encontradas entre o apoio social percebido e a sintomatologia depressiva evidenciam a importância de uma atenção especializada que possa auxiliá-las a enfrentar a situação potencialmente estressora, que é a do nascimento de um filho prematuro. Portanto é premente o estabelecimento de políticas que visem o fortalecimento da rede social, especialmente nos locais os quais essas mães vivem (Dantas, Araújo, Paulino & Maia, 2012) para ser o espaço de uma cidade saudável.

Os dez requisitos para uma cidade saudável definido pela OMS são: ambiente físico limpo e seguro; ecossistema estável e sustentável; necessidades básicas satisfeitas; acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; economia local diversificada e inovadora; orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; serviços de saúde acessíveis a todos; alto nível de saúde; alto grau de participação social; e alto suporte social, sem exploração.

Nesse contexto, o apoio e a rede social podem ser importantes ferramentas de promoção da saúde, em especial em situações de crise, doenças, transições, nas quais se faz necessário um mecanismo de enfrentamento, auxiliando a reduzir os efeitos negativos do estresse vivido, favorecendo a saúde e o bem-estar físico e emocional (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini, 2011; Marques, Landim, Collares & Mesquita, 2011; Griep et al., 2003).

A identificação do apoio social como fator de proteção e redução dos danos e a cidade como espaço gerador de saúde e bem-estar ampliam o cuidado com a saúde para além do setor da saúde. Parte-se do pressuposto de que a existência e percepção da rede e do apoio social pela família e satisfação com a cidade de moradia possam gerar influências positivas nos cuidados, na sobrevivência e na qualidade de vida dos prematuros e dos familiares.

Nesse sentido, a investigação da relação existente entre apoio social e os múltiplos fatores relacionado à cidade que interferem na saúde possibilitará novas intervenções, fornecendo subsídios para implementação de ações e políticas em Promoção da Saúde, o que justifica a elaboração do presente artigo. Assim, esse estudo objetivou analisar a percepção de mães de crianças com até 24 meses de idade e nascidas prematuras, quanto ao apoio e a rede social no contexto urbano.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa, que foi realizada em um ambulatório especializado em crianças de risco, de uma cidade de médio porte do interior paulista.

O ambulatório é vinculado à rede pública de saúde do município, cuja assistência é voltada a crianças de risco egressas das unidades de terapia intensiva (UTI) dos hospitais locais e da região, englobando prematuros extremos, portadores de síndromes graves, neuropatias e/ou outras condições neonatais que exigem cuidado especial. É referência municipal e regional para assistência especializada até os 36 meses de idade, com alta a depender das condições clínicas e sociais da criança. Conta com uma equipe multiprofissional, composta por pediatras, neurologista infantil, assistente social, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, dentista e técnico de enfermagem.

O objetivo desse serviço é assistir a criança, amenizando as sequelas e ou prevenindo outras, tratar os agravos de saúde, facilitar o acesso a serviços e exames em todos os níveis de complexidade, além de contribuir para que a criança viva em um ambiente saudável, salubre e em condições que favoreçam seu desenvolvimento. Na perspectiva de um atendimento integral, o serviço acolhe também a família, que recebe seguimento social e psicológico, além de outras intervenções que sejam necessárias.

Participaram da pesquisa 75 mães de 80 crianças (cinco eram gemelares), cujos critérios de inclusão foram: ser residente no município de Franca, a criança ter nascido prematura e ter idade até 24 meses. Diante da concordância da mãe, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha por mães cujos filhos tivessem até 24 meses de idade, se deve à importância atribuída aos primeiros mil dias de vida da criança. Os primeiros mil dias vão desde a concepção até o fim do segundo ano de vida, sendo um período de grande importância para intervenções que possam garantir um desenvolvimento saudável para a criança, que terão repercussões ao longo de todo o ciclo vital (Cunha, Leite & Almeida, 2015).

Para a coleta de dados, os instrumentos utilizados foram a escala de apoio social denominada *Social Support Survey of the Medical Outcomes Study* – MOS-SSS, desenvolvido por Sherbourne, Stewart em 1991. Este instrumento mensura a satisfação com o apoio social, distribuído em cinco dimensões (afetivo, material, informativo, emocional e interação positiva). As perguntas da Escala MOS-SSS se dividem em dois blocos que abrangem a rede social – cinco perguntas – e as cinco dimensões de apoio social – 19 perguntas. No que se refere à rede social, o mesmo instrumento mensura o número de parentes e amigos em quem confiar para falar sobre tudo, além de levantar sobre a frequência e participação em atividades em grupo.

Para atingir os objetivos propostos, utilizou-se também de um questionário sociodemográfico para caracterização da participante, da família e criança, além da pergunta norteadora: O que acha de morar nessa cidade? Por quê? Utilizou-se um diário de campo para o registro de informações que emergiram no processo de coleta para análise dos dados.

A coleta de dados aconteceu de fevereiro a agosto de 2017, na ocasião de atendimento da criança, no próprio ambulatório ou, em alguns casos, em visita domiciliar. Conforme autorização das mães, algumas entrevistas foram realizadas com utilização do gravador, outras registradas manualmente concomitantemente à entrevista.

Para o procedimento de análise das respostas da Escala de apoio social seguiram-se as etapas sugeridas por Griep et al. (2003 e 2005). Considerando que para todas as perguntas da escala há cinco opções de respostas, com pontuação atribuída variando de 1 a 5: nunca (vale um ponto); raramente (dois pontos); às vezes (três pontos); quase sempre (quatro pontos) e sempre (cinco pontos). Utilizou-se como ponto de corte a mediana da distribuição de cada dimensão, foi adotado no presente estudo, o mesmo procedimento: mediana de escores de apoio como ponto de corte.

Os dados qualitativos foram analisados à luz do método hermenêutico-dialético (Gomes, 2002), no qual a fala dos atores sociais é situada em seu contexto sociopolítico, econômico e cultural, para ser mais bem compreendida. Os princípios dessa proposta se configuram em dois níveis de interpretação: o primeiro refere-se à contextualização histórica e social dos atores em questão; o segundo consiste no ponto de partida e de chegada da análise: o encontro com os fatos empíricos.

Para tanto, foram seguidos os passos determinados pelo método: ordenação dos dados, relatos e observações; classificação dos dados: leitura exaustiva dos textos e construção das categorias, as quais não foram estabelecidas a priori e sim a partir da coleta dos dados; análise final: articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa.

A análise dos dados quantitativos é apresentada de forma descritiva por meio da frequência absoluta e relativa, porcentagens, média e desvio padrão. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca, CAAE 61893216.5.0000.5495. Para garantia de sigilo, as participantes foram identificadas pela letra P seguida de números (P1, P2, etc.).

Resultados e discussão

Caracterização da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 75 mães de 80 crianças (pois cinco eram gemelares), a maioria do lar, com idade entre 19 a 29 anos, casada e com mais de nove anos de escolaridade. Relativo às famílias, o número de pessoas residentes por domicílio variou de dois a nove, com média de quatro pessoas (DP=1,5). A renda familiar apresentou uma média de 1671,29 reais e renda *per capita* de R\$ 418,00 reais (menor do que meio salário mínimo). Das crianças, a média de idade foi de 13 meses, desvio-padrão (DP=

6,44); a idade gestacional ao nascimento variou de 25 a 36 semanas, com média de 30 semanas (DP=3,04).

Considerando o aumento na sobrevivência de prematuros extremos e também a assistência com as sequelas de diversas etiologias (pulmonares, neurológica), urge a necessidade de assistência especializada com equidade e qualidade (Bettiol, Barbieri & Silva, 2010). A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), também ressalta a importância do monitoramento ambulatorial e sua contribuição no prognóstico positivo das crianças prematuras.

O apoio e a rede social

O apoio social percebido pelas famílias apresentou escores entre 20 e 100 e média geral de 79,24 (DP=17,24). E, para se estabelecer o ponto de corte, foi considerada a estimativa da mediana: escores abaixo de 80 foram classificados como baixo; acima/igual a 80: alto.

Ao correlacionar os níveis de apoio social com a rede social referida não foi encontrada associação significativa ($p > 0,1$), ao contrário do que aconteceu no estudo de Griep et al. (2005), no qual o número de parentes e amigos íntimos e a maior participação em atividades sociais de grupo, apresentou associações positivas com o apoio social. Esses autores defenderam que pessoas que participam de atividades sociais em grupo, tendem a ser mais apoiadas e menos vulneráveis ao isolamento.

As participantes do presente estudo tiveram uma percepção positiva quanto ao apoio social a elas disponível, pois fora verificado em todas as dimensões uma pontuação ≥ 80 . Algumas características das participantes podem ter contribuído para os altos escores de apoio social, tais como idade e estado civil.

Pessoas mais velhas têm percepção diminuída para o apoio social, uma vez que o envelhecimento pode causar modificações e perdas de componentes da rede e, portanto, do apoio social disponível. Sobre o estado civil, 80% das participantes declararam serem casadas ou manterem união estável. Ter um companheiro pode representar alguém com quem dividir e compartilhar as responsabilidades e dificuldades do dia a dia, representando uma importante fonte de apoio (Garfield et al., 2015; Griep et al., 2005; Ramos & Cuman, 2009).

A estrutura familiar, envolvendo todos os membros, companheiro/marido, mãe, pai, irmãos, filhos, sogra, exerceram um papel preponderante em todas as dimensões de apoio mensuradas, sendo que as diversas falas tornaram evidente a importância atribuída à família.

Ao se tratar, especificamente, de mães de crianças prematuras, o apoio e rede social percebidos poderão fazer com que se sintam mais seguras para assumir o cuidado da criança, estando aptas a ajudarem a consubstanciar uma rede de continuidade de cuidados hospitalares ou ambulatoriais numa lógica de promoção da autonomia e da saúde (Simioni & Geib, 2008). “Quem tem família, tem tudo” (P31). “Minha família é muito unida, contamos muito uns com os outros!” (P42).

Diversos estudos, também, com mães de crianças prematuras, ressaltaram a importância da família na rede de apoio, especialmente em situações de dificuldade dos

pais com os filhos (Couto & Praça, 2012; Guimarães & Melo, 2011; Simioni & Geib, 2008). Assim como no presente estudo, nas pesquisas citadas, as principais fontes de apoio foram do pai da criança e da avó materna.

Ainda que o companheiro tenha aparecido nas falas de diversas entrevistadas, como figura importante de suporte, quando este não oferece o apoio esperado, a mulher se sente sobrecarregada. “Quando ela nasceu, tudo ficou em cima de mim, foi muito difícil... meu marido enfiou a cara no trabalho, saía cedo e voltava tarde da noite... acho que pra fugir, sabe?” (P27).

Andreani et al. (2006) em estudo bibliográfico sobre rede de apoio na prematuridade, chamaram a atenção sobre a posição do homem nessas circunstâncias: ainda que o pai seja considerado a principal fonte para a mãe, este se vê em uma posição permeada de pressões e obrigações, além de estar vivendo também muitas apreensões, inseguranças e frustrações, necessitando também de uma rede apoio sólida e presente.

Segundo perspectiva de algumas mães, a condição crônica também interferiu nos níveis de apoio recebidos, afirmando que com o tempo, a disponibilidade de suporte vai diminuindo.

O que acontece é que quando você vive uma condição aguda, as pessoas se mobilizam, te ajudam... fazem de tudo para você. Depois que a situação se torna crônica, parece que as pessoas passam a achar normal e já não tem mais tanto apoio. (P58)

Este pode ser um dos motivos que a família apareceu com tanta importância na vida das mães de prematuros, já que os laços familiares tendem a ser mais fortes e sólidos, ainda que a condição se torne crônica. E, apesar do suporte social ser de suma importância na vida de todo indivíduo, o estudo de McManus & Poehlmann (2012), que associou níveis de apoio e desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras, chegou à conclusão de que existem circunstâncias em que o meio social exerce mais influência sobre o desenvolvimento e, no caso do estudo citado, este período foi o primeiro ano de vida.

A dimensão de apoio com melhores escores foi a afetiva, mediana 93,3 e, também foi a que teve maior número de famílias (77,3%) com escores ≥ 80 . O apoio afetivo reflete as demonstrações físicas de amor e afeto, ou seja, contar com alguém que o faça se sentir amado e querido ou alguém para simplesmente dar/receber um abraço. Nas perguntas que contemplavam o apoio afetivo, foram sempre referenciados aos filhos. Ao adentrar por essas perguntas, muitas mães se emocionaram. “É muito filho, né! A gente se sente importante o tempo todo!” (P13).

O apoio emocional e o material tiveram menores escores. Sobre o apoio material, as perguntas se referiam à disponibilidade de pessoas para ajudar no dia a dia e em situações de dificuldade, tais como: levar ao médico, auxiliar nas tarefas domésticas, preparar as refeições. Muitas participantes relataram que este tipo de ajuda é muito difícil, sendo que a figura mais citada nas repostas foram a mãe, seguida do marido e filhos mais velhos.

Segundo Dessen e Braz (2000), as alterações no suporte social em períodos de transição decorrentes do nascimento de filhos caracterizaram-se, principalmente, pelo aumento nos suportes emocional e instrumental/material. Em seu estudo, as mães tiveram

mais pessoas envolvidas nos trabalhos domésticos após o nascimento dos filhos – trabalho doméstico compartilhado. Assim como no presente estudo, os membros que mais ajudaram foram as mães e os companheiros.

Dantas et al. (2012), em seu estudo, destacaram o apoio social, especialmente as dimensões material e emocional, como fatores de proteção aos sintomas de depressão maternos.

Relativo ao apoio emocional, as perguntas consistiam na percepção de alguém com quem conversar, desabafar, falar sobre os medos, problemas e ainda pessoas que não apenas ouçam, mas também as compreendam. Apesar de também ter tido uma predominância de famílias com escores maior/igual a 80 (57,3%), contar com este tipo de ajuda, no ponto de vista de alguns participantes, é um pouco mais difícil.

A mãe de bebê prematuro apresenta uma necessidade particular de acolhimento para sua dor e sofrimento: ela se encontra diante de um bebê que necessita de mais cuidados, além de estar passando por grandes emoções e sentimentos como culpa, medo e ansiedade. Diante de tal situação, o apoio emocional assume um papel muito importante, caracterizado por relações de empatia, estímulo e acolhimento (Custódio et al., 2014).

O estudo de Dessen e Braz (2000), em que foram entrevistados mães e pais de RN, chegaram à conclusão de que para as mulheres, o apoio emocional é o mais importante para o próprio bem-estar e da família, enquanto os homens valorizam mais a ajuda instrumental/material.

A dimensão de apoio de interação social positiva, buscou levantar a percepção de pessoas e companhias com quem relaxar, se divertir e fazer coisas agradáveis. Assim como as outras dimensões, a maioria das famílias (58,7%) obteve escores ≥ 80 . Alguns relatos demonstraram a dificuldade em relação ao lazer para essas famílias: falta de opção, condições financeiras desfavoráveis, situação de saúde da criança. “Eu quase não saio não por causa dela (criança)... muito frágil...” (P19). “Se tiver dinheiro, companhia tem! Mas se não tiver... ah... aí é difícil” (P44).

Em relação às companhias que acreditam estarem disponíveis para atividades de interação social, os mais citados foram marido, amigos, irmãos e filhos. Em relação aos filhos, estes apareceram, em entrevistas emocionadas, independentemente de idade e de condição física ou de saúde desses.

Os altos escores de interação social positiva em detrimento às falas de dificuldade em relação ao lazer podem ser explicados pelo fato de o instrumento buscar a percepção do apoio disponível, o que não significa que momentos de relaxamento e/ou diversão sejam frequentes nas famílias.

Para Griep et al. (2005), o apoio de interação social positiva está relacionado ao apoio afetivo, por acreditar que as pessoas que cumprem a função de apoio de interação social representam mais que uma companhia, sendo também alvos de sentimentos mais íntimos de afeto.

Na dimensão de apoio informativo, 64% das famílias tiveram escores altos. Esta dimensão é mensurada por meio de perguntas sobre disponibilidade de alguém que consiste em dar orientações, conselhos e opiniões em situações de dificuldade ou para resolver problemas. Esta foi a única dimensão em que, ainda que timidamente, foram citados os profissionais de saúde.

Uma possibilidade para as poucas menções à equipe de saúde é que o próprio instrumento não os contempla diretamente, sendo que a forma com que as perguntas foram formuladas remetem mais às redes de apoio informais que às formais. Outra justificativa é a de que possa existir uma relação equipe/família marcada pela formalidade, fazendo com que os profissionais sejam do ponto de vista das mães, apenas uma fonte de informação e cuidados técnicos.

A relação equipe de saúde/família foi uma queixa presente em alguns estudos com mães de RN prematuros (Simioni & Geib, 2008; Siqueira & Dias 2011), que relataram distanciamento e falta de comunicação, principalmente da equipe do hospital, enquanto no acompanhamento ambulatorial afirmaram ter encontrado mais apoio, fazendo com que se sentissem mais amparadas.

Contudo o estudo de Couto e Praça (2012), com mães de RN prematuros egressos da UTI, mostrou que mesmo que estejam satisfeitas com as relações no serviço de saúde, em situações de dificuldade com o bebê, a família é colocada em primeiro lugar, sendo os profissionais de saúde procurados em situações específicas onde o desconhecimento da mãe poderia causar algum dano à saúde da criança.

Relativo à rede social, o instrumento a mensurou por meio de cinco perguntas, que são: número de parentes em quem confiar para falar sobre tudo e número de amigos também em quem confiar e outras três que questionam sobre a participação em atividades em grupo de atividade física, associações ou grupos religiosos e em atividades voluntárias, bem como a frequência com que participam desses grupos.

Quando questionadas sobre o número de parentes em quem confiassem, as respostas variaram de zero a 20 com média de 3,44, (DP=3,6), enquanto que o número de amigos variou de zero a 12, com média de 1,60 (DP=1,9).

Constatou-se, que a família apareceu com notória importância na rede social das mães. Salienta-se que 33,5% das participantes responderam não ter nenhum amigo de confiança, em relação aos parentes, isso ocorreu em apenas 8% das respostas.

Considerando que o afastamento dos amigos é queixa comum entre pais de RN, os resultados da presente pesquisa se voltam para o estudo de Couto e Praça (2012), em que o vínculo construído com a família favoreceu o envolvimento da rede e a construção de relações íntimas e de confiança. Os autores elevaram a atenção para a necessidade de convívio social das mães que apontaram o distanciamento das amizades, a diminuição nas atividades de lazer e terem que parar de trabalhar como mudanças negativas que ocorrem ao nascimento dos filhos.

Analisando os resultados, é possível perceber que a participação em atividades em grupo foi restrita, o que pode ser explicado por se tratar de famílias de crianças pequenas e prematuras. Como as crianças deste estudo tinham até dois anos de idade, é possível que tais atividades não encontraram espaço na dinâmica familiar.

Dentre as atividades grupais realizadas pelas participantes nos últimos 12 meses, as mais frequentes estiveram ligadas à religião. A frequência, no entanto, foi bem variável: de algumas vezes por semana a algumas vezes ao ano. Também houve relatos de diminuição da assiduidade nos grupos após o nascimento da criança. No entanto, percebe-se que, ainda que não com a mesma frequência, não abandonaram o grupo, enfatizando sempre a importância da religião nas suas vidas.

Foi possível perceber que a religião, além de se constituir em uma crença, foi também um recurso para enfrentamento das incertezas relativas ao filho e seu futuro, assumindo uma posição importante na rede de apoio social de apoio das famílias.

Esse enfrentamento religioso se fez presente também em estudos de pais de RN hospitalizados ou egressos da UTI (Santos et al., 2013). De acordo com esses estudos, os pais buscaram na religiosidade e espiritualidade, o controle interno de suas emoções para vivenciarem melhor a situação de crise. Assim, diante das incertezas e dificuldades decorrentes da prematuridade, usam a fé para lidar com o estresse na busca por conforto.

Sobre a percepção do contexto urbano

Quanto à pergunta sobre a cidade em que residem, a maioria (81,3%) respondeu positivamente e estavam satisfeitas. Na perspectiva das participantes, a cidade foi avaliada a partir de relatos que apontaram fragilidades e fortalezas percebidas em seu entorno, principalmente relacionados a acesso a equipamentos urbanos: serviços de saúde, segurança, lazer e creches. Depreende-se que no contexto da cidade a percepção do alto suporte social dependerá do entorno proporcionado pelo espaço de moradia e por sua rede social.

Segundo Grant (2015) a saúde é criada e vivida por pessoas dentro dos cenários da vida cotidiana. O anseio por cidades saudáveis se constitui por ambientes urbanos que apoiem a saúde, recreação, bem-estar, segurança, interação social e mobilidade fácil.

O modo como as cidades funcionam e todo o seu entorno social – educação, habitação, saneamento, transporte, lazer – influenciam significativamente a saúde de seus moradores (Westphal & Mendes, 2000) e ao considerar que, as famílias desse estudo estão inseridas em um contexto urbano, buscou-se identificar a satisfação das participantes relacionada à cidade de moradia.

No que se refere à saúde, percebe-se que a satisfação é avaliada a partir de sua vivência e experiências pessoais e, por se tratar de mães com suas crianças sendo acompanhadas em um ambulatório especializado, muitas se mostraram satisfeitas com o acesso e com a assistência. Algumas, no entanto, ressaltaram o fácil acesso para as crianças e, em contrapartida, difícil para elas (mães).

Gosto da cidade... tem muito a melhorar... na saúde mesmo, tenho dificuldade de acesso para mim, para minha filha tudo bem (P1). Gosto daqui principalmente pelo sistema de saúde, assistência à criança é melhor, acesso mais fácil. Onde um bebê prematuro teria esse cuidado que tem aqui? (P25)

Gosto do clima, a cidade é limpa e organizada e tem fácil acesso ao SUS. Falta alguma coisa na saúde para ser mais rápido, mas para mim foi ótimo porque o caso dela (da filha) era grave, mas quando não é, vejo que é mais difícil. (P67)

Esses aspectos referenciados pelas participantes são relevantes, pois o acesso a serviços de saúde e a equipamentos urbanos além de garantir assistência e atendimento a necessidades pessoais, vem sendo investigados como determinantes de hábitos e

comportamentos que vão além das características dos indivíduos (Proietti, Oliveira, Ferreira, Ferreira & Caiaffa, 2008; Fajersztajn, Veras & Saldivas, 2016).

A Agenda 2030, documento elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) ressalta a importância do acesso equitativo e universal aos serviços de saúde como fator importante para assegurar os direitos humanos e também para contribuir com o desenvolvimento sustentável da humanidade. A Agenda apresenta 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo que o ODS de número três destaca o compromisso em melhorar os indicadores relacionados à saúde materna, neonatal, infantil (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015).

A segurança foi apontada pelas participantes de forma positiva, muitas atribuíram sua satisfação com a cidade por esta ser tranquila e boa para criar os filhos.

Gosto daqui porque é uma cidade com jeito de interior, mas com tudo o que preciso... aqui as crianças ainda podem brincar na rua! (P5). O que mais gosto daqui é a calma para cuidar dos filhos. (P24)

O fato das participantes terem apresentado a visão de cidade tranquila, pode colaborar para o desempenho biopsicossocial individual e de suas famílias. A violência é fator potencial de restrição de lazer e mobilidade, por isso pode afetar o bem-estar físico e social das pessoas (Fajersztajn et al., 2016).

O acesso e garantia de creches para as crianças apareceu como fragilidade em diversos relatos. O que se percebeu é que muitas participantes abandonam o emprego para cuidar dos filhos e aquelas que precisam voltar a trabalhar, têm dificuldade em conseguir creche pública. “Aqui tem fácil acesso a tudo: saúde, serviços básicos. [...] Creche é um problema! Acho que os governantes não sabem aproveitar os recursos que têm. Poderiam construir mais creches...” (P67). “Aqui precisava ter mais creches... tem onze meses que estou procurando e não consigo” (P73). “Tive muita dificuldade para conseguir creche, precisei de procurar a Defensoria Pública. Só com a justiça é que consegui” (P76).

O lazer esteve associado a *sair para comer alguma coisa diferente* e a um evento municipal que acontece anualmente (“Expoagro” – exposição agropecuária com shows artísticos), demonstrando a valorização de festas da cultura local. Entretanto, a falta de opções, a condição financeira da família e clínica da criança, prejudicou a percepção positiva de lazer proporcionada pela cidade. Observou-se nos relatos que a falta de opção esteve associada à escassez de espaços públicos e coletivos, tais como: parques, bosques e zoológicos. “O que mais gosto daqui é do bairro em que moro... quase não saio muito para passear por causa dela: muito pequenininha e frágil” (P30). “Acho muito ruim não ter lugar para passear com criança... a única coisa é shopping, que é muito caro... falta parques, bosques... essas coisas...” (P37). “O povo reclama de lazer, mas há anos que não sei o que é isso... médicos para meu filho, eu tenho!” (P71).

Segundo Fajersztajn et al. (2016), parques estão associados a um aumento no nível de atividade física, e poderá impactar positivamente contra a obesidade e outras doenças crônicas.

Viver na cidade é certamente a mudança demográfica mais importante ocorrida nas últimas décadas, o que inclui relevantes implicações na saúde, bem como agudização

dos problemas sociais (Caiaffa et al., 2008). E embora os fatores pessoais sejam críticos na determinação da saúde, o ambiente urbano exacerba ou mitiga os resultados de saúde e bem-estar (Grant, 2015).

Observa-se que os elementos referenciados pelas participantes foram questões que influenciam a saúde e bem-estar do indivíduo e da família. Segundo Grant (2015) o acesso à natureza, ao trabalho, sensação de segurança e características físicas das cidades podem modificar estilos de vida e causar impactos na saúde.

O tipo da cidade desejada deverá considerar os laços sociais, a relação com a natureza, os estilos de vida, tecnologias e valores estéticos. Deverá ser um espaço construído com os governos locais e a população, pois detém o conhecimento das reais necessidades locais, melhoram as decisões sobre a cidade na qual querem viver, ajudando-se mutuamente rumo à equidade em saúde (Figueiredo et al., 2017).

Na percepção das participantes, além dos equipamentos urbanos e características da cidade, a família foi valorizada. A presença dos familiares foi destacada como um fator de alto suporte social para se sentirem satisfeitas com o espaço em que vivem. O fato de terem nascido na cidade avaliada, também foi responsável pela satisfação. Esses resultados sugerem que essa associação seja justificada por se sentirem pertencentes à cidade natal, tendo suas referências familiares, laços e vínculos já estabelecidos e que se fortaleceram diante do enfrentamento e dificuldades surgidas após o nascimento do filho prematuro.

Embora contraditórios, a cidade foi percebida por seus moradores sob dois aspectos, um local de proteção e promoção da saúde, como ambiente de acolhimento, de amizades, compondo uma rede local de suporte social, mas em contraponto também foi percebida como um local inseguro e escasso de opções.

Considerações finais

A família foi o ponto de apoio social mais percebido e valorizado pelas mães que vivenciam um nascimento prematuro. A figura das mães, companheiros e filhos mais velhos foram valorizadas como fonte de apoio em todas as dimensões: material, afetivo, emocional, informativo e interação social.

A rede social se apresentou limitada e apesar da fragilidade referida nas relações com amigos, os laços familiares parecem se manter sólidos e consolidados nos momentos de crise e dificuldades. A religiosidade e espiritualidade foram percebidas pelas participantes como um recurso para enfrentamento de dificuldades, busca de conforto, compreensão e aceitação da situação que se impõem.

Sobre a percepção da cidade de moradia, notou-se que as participantes têm uma visão bem otimista do seu entorno e, apesar, das fragilidades percebidas, valorizam muito as fortalezas que a cidade lhes oferece. Evidenciou-se uma relação positiva do contexto urbano com o apoio e a rede social, inferindo um alto suporte social, quesito para um município saudável. O acesso aos equipamentos urbanos de saúde, segurança e lazer percebidos poderão ser elementos capazes de ampliar as possibilidades de intervenção e implementação de ações e políticas em Promoção da Saúde.

Considerando que o processo saúde-doença é resultado não apenas do contexto biológico, o suporte social percebido pelas mães em um contexto urbano favorável ao seu bem-estar, poderá influenciar diretamente nos cuidados à criança prematura, contribuindo para seu melhor desenvolvimento e qualidade da vida, premissas da promoção da saúde.

As limitações do presente estudo não permitem generalizações, uma vez que o tipo de método qualitativo se volta às singularidades dos dados. Além disso, em algumas entrevistas, houve resistência por parte das participantes, não permitindo maior aprofundamento na coleta dos dados qualitativos. Assim, outros estudos seriam relevantes para se verificar a influência do desenvolvimento físico urbano na promoção da coesão social e o alcance de resultados positivos na saúde e bem-estar da família e da criança prematura.

Referências

- Alexandre, A.M.C., Labronici, L.M., Maftum, M.A., & Mazza, V. De A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista Escola de enfermagem USP*, 46(2), 272-279.
- Andreani, G., Custodio, Z.A.O., & Crepaldi, M.A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Bettiol, H., Barbieri, M.A., & Silva, A.A.M. da. (2010). Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(2), 57-60.
- Bullock, K. (2004). Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: Bomar, P.J. (Org). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Saunders. 142-161.
- Caiáffa, W.T., Ferreira, F.R., Oliveira, A.D., Oliveira, C. Di L., Camargos, V.P., & Proietti, F.A. (2008). Saúde Urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6),1785-1796.
- Couto, F.F., & Praça, N. de S. (2012). Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 19-26.
- Cunha, A.J.L.A. da, Leite, A.J.M., & Almeida, I.S. de. (2015). Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *Jornal de Pediatria*, 91(6), supl. 1.
- Custodio, Z.A. de O., Crepaldi, M.A., & Linhares, M.B.M. (2014). Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estudos de Psicologia*. 31(2), 247-55.
- Dantas, M.M.C., Araújo, P.C.B. de, Paulino, D. De S., & Maia, E.M.C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106.
- Dessen, M.A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-31.
- Fajersztajn, L., Veras, M., & Saldivas, P.H.N. (2016). Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores? *Estudos Avançados*, 30 (86),7-27.

- Figueiredo, G.L.A., Martins, C.H.G., Damasceno, J.L., Castro, G.G. de, Mainegra, A.B., & Akerman, M. (2017). Right to the city, right to health: what are the interconnections? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (12), 3821-3830.
- Fundo Das Nações Unidas Para A Infância (2013). *Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas*. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_posseveis_causas.pdf>. Acesso em: 10/08/2018.
- Garfield, L., Holditch-Davis, D., Carter, C.S., Mcfarlin, B.L. Schwertz, D., Seng, J.S., Giurgescu, C., & White-Traut, R. (2015). Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care*, 15 (1),3-8.
- 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),1755-69.
- Gomes, R. A. (2002). Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S. et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (21 ed.) Petrópolis: Vozes, 4, 67-80.
- Grant, M. (2015). European Healthy City Network Phase V: patterns emerging for healthy urban planning. *Health Promotion International*, 30(S1), 54 – 70.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., & Lopes, C. (2003). Apoio Social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625–34.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G.L., & Lopes, C.S. (2005). Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 703-714.
- Guimarães, E. da C., & Melo, E.C.P. (2011). Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(1), 54-61.
- Guinsburg, R. & Almeida, M. F. B. (2016). *Reanimação do Prematuro < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Rudan, D., Lawn, J.E., Cousens, S. Mathers, C., & Black, R.E. (20016). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, 388, 3027-35.
- Marques, A. K. M. C., Landim, F. L. P., Collares, P. M., & Mesquita, R. B. de. (2011). Apoio Social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 945-54.
- 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 and Development*, 38(3), 425-434.
- Organização das Nações Unidas (2015). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 08/02/2018.

- Proietti, F. A., Oliveira, C. L., Ferreira, F. R., Ferreira, A. D., & Caiaffà, W. T. (2008). Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. *Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 469-482.
- Ramos, H. A. C., & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 13(2), 297-304.
- Santos, L. M. dos, Oliveira, I.L. de, Passos, S. da S. S., Santana, R. C. B. de, Silva, J. D. da, & Lisboa, S. D. (2013). Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(3), 230-238.
- Simioni, A. dos S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 545-51.
- Siqueira, M. B. de 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.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2017). *Prevenção da Prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência*. Departamento Científico de Neonatologia, (1).
- Westphal, M. F., & Mendes, R. (2000). Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 47-61.
- Westphal, M. F., & Oliveira, S. C. (2015). Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana? *Revista USP*, 107, 91-102.
- World Health Organization (2012). *March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Eds Cp Howson, MV Kinney, JE Lawn. Geneva.

Recebido em: agosto de 2018

Aprovado em: fevereiro de 2019

Leziane Isolina Vilela Almeida: Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca.
Salvador Boccaletti Ramos: Biólogo. Doutor. Pesquisador do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde. Universidade de Franca.

Glória Lúcia Alves Figueiredo: Enfermeira. Doutora. Pesquisador do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde. Universidade de Franca.

Endereço para contato: gloria.figueiredo@unifran.edu.br