

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

DANUSA MENEGAT

**OCUPAÇÕES DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMOS DURANTE A INTERNAÇÃO E  
APÓS A ALTA HOSPITALAR**

SÃO CARLOS  
2020

DANUSA MENEGAT

**OCUPAÇÕES DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMOS DURANTE A  
INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Carlos como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) para obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

SÃO CARLOS  
2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Danusa Menegat, realizada em 27/03/2020.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer (UFSCar)

Profa. Dra. Andréa Rizzo dos Santos (UNESP)

Profa. Dra. Dani Laura Peruzzolo (UFSM)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

## AGRADECIMENTOS

À Deus agradeço as dádivas da minha vida! E agradeço colocar em meu caminho pessoas especiais que me ajudam e me inspiram a ser cada dia melhor. Agradeço as oportunidades que me fizeram crescer e nunca desistir.

Aos meus pais Maria e Luiz, agradeço o amor incondicional e a inestimável ajuda e incentivo na conclusão deste processo. À minha irmã Robriane, a compreensão, os conselhos e as palavras de motivação.

À Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, a orientação e a confiança ao longo dessa jornada.

Às Profas. Dra. Andrea Rizzo dos Santos, Dra. Luzia Iara Pfeifer e Dra. Maria Fernanda Cid, a disponibilidade e as contribuições durante a Banca de Qualificação; também à Dra. Dani Laura Peruzzolo que juntamente compôs a Banca de Defesa.

À equipe neonatal da instituição na qual realizei o presente estudo. Aos funcionários que me auxiliaram prontamente no acesso aos prontuários, às participantes deste estudo e na possibilidade de prosseguir com a pesquisa após a alta, no Ambulatório de Seguimento de Alto Risco.

Às mães dos bebês pré-termos, que gentilmente participaram da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a bolsa de estudos, desfrutada nos três primeiros anos do Doutorado, sendo fundamental para a realização deste trabalho.

Aos amigos da “Linha 3” e do Laboratório de Atividades e Desenvolvimento (LAD), serem companhias admiráveis no processo de amadurecimento profissional e pessoal, compartilhando momentos de estudos e de lazer.

Às amigas Aline, Cristina e Stephani que foram companhias fundamentais para meu processo pessoal, sendo amigas leais durante o período dedicado à formação acadêmica e que se seguem para a vida.

*No momento em que uma criança nasce, a mãe também nasce. Ela nunca existiu antes. A mulher existia, mas a mãe, nunca. Uma mãe é algo absolutamente novo.*

*Rajneesh*

## RESUMO

**Introdução:** De acordo com o Modelo da Ocupação Humana (MOH), ocupações referem-se às atividades práticas e intencionais que permitem às pessoas agirem de maneira independente e adquirirem um senso de identidade, moldada, portanto, ao longo do tempo, por experiências ocupacionais. Mães de bebês pré-termos enfrentam inúmeros desafios no seu desempenho ocupacional, os quais podem ameaçar o desenvolvimento da identidade ocupacional como mãe, tema pouco explorado em pesquisas nacionais e internacionais. **Objetivo:** Identificar as ocupações de mães de bebês pré-termos na internação, uma semana e um mês pós-alta; e a percepção dessas mães sobre o processo de construção da identidade ocupacional materna. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, cujo marco conceitual é o MOH. Os dados foram coletados durante a internação do bebê em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN); na primeira semana e um mês após a alta hospitalar, na consulta do bebê no Ambulatório de Seguimento de Alto Risco da mesma instituição. Participaram nove mulheres, mães de recém-nascidos pré-termos internados na UCIN, egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de uma instituição localizada em um município do estado de São Paulo. Os seguintes instrumentos foram mobilizados: 1) Ficha de Identificação; 2) Diário de Ocupações e 3) Entrevista Semiestruturada. Para a análise, os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temático; os resultados encontrados nos Diários de Ocupações foram distribuídos a partir das definições, classificações das ocupações e das atividades apresentadas pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). **Resultados:** De acordo com as participantes do presente estudo, ocupações relacionadas à maternidade dizem respeito ao cuidado e à interação com o filho, à preparação para a alta do bebê a partir dos aprendizados na UCIN e ao desempenho do papel materno em domicílio, com autonomia e responsabilidade, ainda que recebendo apoio de familiares. Após a alta, as mudanças ocupacionais ocorrem, principalmente, na tomada de precauções com um bebê pré-termo, como as restrições às visitas e a administração das medicações do bebê sem o auxílio constante da equipe. Das entrevistas, emergiram cinco categorias temáticas: gravidez; nascimento de um pré-termo; maternidade face à hospitalização do filho: dificuldades e limitações; internação do filho: aspectos facilitadores e, por fim, construção da identidade ocupacional materna. Ainda, a entrevista semiestruturada permitiu identificar as ocupações relativas à maternidade, consideradas significativas/importantes e satisfatórias/prazerosas na percepção das mães, nos três momentos da pesquisa. Durante a internação do bebê, as participantes consideraram como significativas e satisfatórias as atividades: amamentação/oferecer o leite, cuidar do filho e observar a equipe. Uma semana após a alta hospitalar, considerou-se como ocupação significativa a restrição de visita, enquanto que ficar com o bebê o tempo todo gerou satisfação. Um mês após a alta, aquelas consideradas significativas e satisfatórias foram as atividades relacionadas à interação; os cuidados básicos e de saúde do filho, como a amamentação, o tratamento do refluxo gastroesofágico e a administrar medicação, unicamente significativas. **Discussão:** O estudo evidencia a dificuldade da construção da identidade materna de mães de bebês pré-termos e, de acordo com os conceitos do MOH, são muitos os fatores que influenciam a vivência das participantes, sendo as ocupações e os contextos ambientais, elementos centrais que permitiam ou inibiam a participação dessas mães. **Considerações finais:** Os dados obtidos são semelhantes aos encontrados em estudos sobre a maternidade de um bebê pré-termo. No entanto, o direcionamento para a Terapia Ocupacional trouxe um aspecto singular a esta pesquisa, uma vez que aponta as atividades desempenhadas, relativas à maternidade sob a perspectiva da ocupação, por mães que iniciam esse papel em um ambiente e com um bebê “diferente” do que é anteriormente planejado. Para além, o estudo contribui para a

compreensão da construção da identidade ocupacional materna no contexto da internação hospitalar de bebês pré-termos e nos primeiros dias em domicílio, utilizando-se os preceitos do MOH, o que pode auxiliar na instrumentalização de terapeutas ocupacionais para a prática com mães, facilitando-lhes o engajamento em atividades que constituem o mundo complexo da maternidade como ocupação.

**Palavras-chave:** Ocupação. Poder Familiar. Recém-nascido Prematuro. Hospitalização. Modelo de Ocupação Humana. Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Occupations refer to practical and intentional activities that allow people to act independently and acquire a sense of identity. The construction of a person's occupational identity is shaped, over time, by occupational experiences. Mothers of preterm babies face numerous challenges in their occupational performance, which can threaten the development of occupational identity as a mother. This theme is little explored in research. **Objective:** To identify the occupations of mothers of preterm babies in the contexts of hospitalization and hospital discharge, and to analyze their relationship with the process of construction of maternal occupational identity. **Method:** This is a qualitative, exploratory-descriptive study, using the Human Occupation Model (MOH) as a conceptual framework. Data were collected during the baby's admission to the Neonatal Intermediate Care Unit (NICU); in the first week and one month after hospital discharge, at the baby's consultation at the High Risk Follow-up Clinic at the same institution. Nine women participated, mothers of preterm newborns admitted to the NICU, graduating from the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), from an institution located in the city of São Paulo. The following instruments were used: 1) Identification Form; 2) Diary of Occupations and 3) Semi-structured interview. For the analysis, the data from the interviews were recorded and the transcripts were subjected to thematic content analysis; the results found in the Occupation Diaries were distributed based on the definitions and classifications of occupations and activities presented by the American Association of Occupational Therapy (AOTA). **Results:** Occupations related to motherhood concern the care and interaction with the child, the preparation for the baby's discharge from the learnings at the NICU and the performance of the maternal role at home, with autonomy and responsibility, although receiving support family members. After discharge, occupational changes occur, mainly, taking precautions with a preterm baby, such as, for example, restrictions on visits and administration of the baby's medications without constant help from the team. From the interviews, five thematic categories emerged: Pregnancy; Birth of a preterm; Maternity in the face of the child's hospitalization: difficulties and limitations; Child hospitalization: facilitating aspects and Construction of maternal occupational identity. Still, the semi-structured interview allowed the identification of occupations related to motherhood, considered significant / important and satisfactory / pleasurable, in the mothers' perception, in the three moments of the research. During the baby's hospitalization, the participants considered the activities as significant and satisfactory: breastfeeding / offering milk, taking care of the child and observing the team. One week after hospital discharge, visit restriction was considered a significant activity; and being with the baby all the time generated satisfaction. One month after discharge, those activities considered significant and satisfactory were the activities related to the interaction; and the child's basic and health care, such as the treatment of gastroesophageal reflux and administering medication, which are only significant. **Discussion:** The study allowed to know the construction of the occupational identity of mothers of preterm babies from the identification of occupations that made sense to them and the changes experienced in this process. In addition, the hospital and home environment demanded changes and daily occupational choices that expressed the transformation in the occupational identity of the participants. The data reaffirm the maternity of the preterm child, as a private experience and permeated by environmental, social and emotional contexts in facing this new reality. **Final considerations:** The data obtained are similar to studies on the maternity of a preterm baby, however, the direction for Occupational Therapy brought a unique aspect to this research, since it pointed out the activities performed, related to motherhood from the perspective occupation, by mothers who start this role in an environment and with a baby "different" from what is naturally expected. In addition, the study contributes to the understanding of the construction of maternal occupational identity in

the context of hospitalization of preterm babies and in the first days at home, using the MOH precepts, which can assist in the instrumentalization of Occupational Therapists for the practice with mothers, facilitating them to engage in activities that constitute the complex world of motherhood as an occupation.

**Keywords:** Occupation. Family Power. Premature newborn. Hospitalization. Modelo of Human Occupation. Occupational Therapy.

## LISTA DE SIGLAS

AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DO	Diário de Ocupações
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SUS	Sistema Único de Saúde
MOH	Modelo de Ocupação Humana
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e definições das ocupações definidas pela AOTA (2015) .....	28
Quadro 2 - Termos e definições do Modelo de Ocupação Humana.....	31
Quadro 3 - Dados sociodemográficos e clínicas das mães em relação ao tipo de parto e intercorrência .....	71
Quadro 4 - Composição familiar das participantes .....	72
Quadro 5 - Dados dos bebês em relação a sexo, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, tempo de internação na UTIN, tempo de internação na UCIN e tempo total de internação.....	73
Quadro 6 - Atividades registradas na última semana de internação do bebê nos dias da semana .....	75
Quadro 7 - Atividades registradas na internação do bebê no final de semana (sábado) .....	77
Quadro 8 - Atividades registradas na primeira semana após a alta do bebê nos dias da semana .....	79
Quadro 9 - Atividades registradas na primeira semana após a alta do bebê no final de semana (sábado) .....	81
Quadro 10 - Atividades registradas um mês após a alta do bebê nos dias da semana .....	83
Quadro 11 - Atividades registradas um mês após a alta do bebê no final de semana (sábado)	85
Quadro 12 - Ocupações relativas à maternidade .....	85
Quadro 13 - Categorias e Subcategorias temáticas emergidas das entrevistas.....	87

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caminhos e influência na parentalidade de bebês nascidos prematuramente .....	24
Figura 2 - Modelo de Ocupação Humana.....	34
Figura 3 - Adaptação ocupacional de pais de bebês pré-termos durante admissão em UTIN .	45
Figura 4 - Adaptação Ocupacional de pais de um bebê prematuro .....	46
Figura 5 - Estrutura física da UCIN.....	53
Figura 6 - Diagrama Representativo: Estudo dividido em três etapas. ....	65

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1.1 A maternidade na situação de prematuridade</b> .....	19
<b>1.2 Ocupação</b> .....	25
<b>1.3 Modelo de Ocupação Humana: um breve histórico</b> .....	29
1.3.1 Volição .....	34
1.3.2 Habituação.....	36
1.3.3 Capacidade de desempenho .....	38
1.3.4 Ambiente .....	38
1.3.5 Dimensões do fazer .....	39
<b>1.4 Ocupação e identidade</b> .....	40
<b>1.5 Ocupação, maternidade e identidade ocupacional</b> .....	42
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	48
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	48
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	48
<b>3 MÉTODO</b> .....	49
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	49
<b>3.2 Participantes</b> .....	49
3.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão para a participação no estudo .....	50
<b>3.3 Cenário do estudo</b> .....	50
3.3.1 Local de coleta .....	50
<b>3.4 Instrumentos para coleta dos dados</b> .....	58
3.4.1 Ficha de Identificação .....	58
3.4.2 Diário de Ocupações .....	58
3.4.3 Entrevista Semiestruturada.....	60
3.4.4 Processo de Validação dos Instrumentos .....	61
3.4.5 Estudo Piloto .....	61
3.4.6 Materiais.....	62
<b>3.5 Procedimentos</b> .....	63
3.5.1 Procedimentos éticos.....	63
3.5.2 Seleção das participantes e convite para participação.....	63
3.5.3 Abordagem às participantes .....	64
3.5.4 Coleta de dados .....	65
3.5.5 Procedimento de Coleta de Dados .....	66
3.5.6 Análise dos dados.....	69
<b>4 RESULTADOS</b> .....	71
<b>4.1 Mães participantes</b> .....	71
<b>4.2 Diários de Ocupações</b> .....	74
<b>4.3 Entrevistas</b> .....	87
4.3.1 CATEGORIA 1 - Gravidez.....	87
4.3.2 CATEGORIA 2 - Nascimento de um pré-termo.....	90
4.3.3 CATEGORIA 3 - Maternidade face à hospitalização do filho: dificuldades e limitações..	96
4.3.4 CATEGORIA 4 - Internação do filho: aspectos facilitadores .....	104
4.3.5 CATEGORIA 5 - Construção da identidade ocupacional materna .....	110
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	126
<b>5.1 Ocupações durante a internação do filho e processo de construção da identidade ocupacional</b> .....	127
<b>5.2 Ocupações após a alta e processo de construção da identidade ocupacional</b> .....	134

<b>5.3</b>	<b>Implicações para a prática do terapeuta ocupacional .....</b>	<b>138</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>142</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>145</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>155</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>165</b>

## APRESENTAÇÃO

Início esta Tese de Doutorado descrevendo um pouco da minha trajetória acadêmica, destacando os interesses que emergiram ao longo da minha formação. Ainda compartilho as experiências na Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O contato com a população infantil me acompanha desde os 14 anos de idade, quando iniciei um projeto voluntário em uma igreja de minha cidade natal, Santo Ângelo/RS. A participação proporcionou um contato direto com crianças hospitalizadas e, dessa forma, essa vivência influenciou na escolha de minha futura profissão, despertando o desejo particular de cursar uma graduação na área da saúde.

Ao ingressar no curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (2010-2013), iniciei um trabalho como bolsista em uma brinquedoteca localizada no Centro de Tratamento da Criança e do Adolescente com Câncer (CTCriac) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A atuação, ainda como estudante, ocorreu sob a supervisão da Profa. Dra. e terapeuta ocupacional Amara Holanda Tavares Battistel. Após a finalização do período como bolsista, permaneci nesse ambiente como voluntária até o final da graduação.

Em 2012 realizei estágio complementar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Na ocasião, participei da elaboração do projeto “Humanização da assistência do serviço hospitalar na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal”, desenvolvido sob a orientação da Profa. Dra. e da terapeuta ocupacional Dani Laura Peruzzolo.

O período possibilitou conhecer a atuação do terapeuta ocupacional em uma UTIN. Como não era permitido o acesso dos estagiários ao interior da UTIN, foram realizadas modificações na sala de espera – local onde mães, familiares e acompanhantes aguardavam o horário de visita à Unidade. Nesse estágio, o que inquietava era compreender a vivência dessas mães, como se sentiam ao conceber um filho pré-termo que necessitava permanecer internado. Apesar de não conhecer o interior da UTIN, demonstrei interesse pela área e pela atuação do terapeuta ocupacional nesse campo.

Com o passar do tempo, percebi uma especial necessidade em aprofundar meus conhecimentos na área de Terapia Ocupacional. Assim, no último semestre de graduação, participei do processo de seleção de Mestrado Acadêmico em Terapia Ocupacional do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de

São Carlos (UFSCar), caracterizado como o único programa de pós-graduação *stricto sensu* em Terapia Ocupacional na América Latina. Após o processo, obtive aprovação, no ano de 2014, na linha de pesquisa Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária, sob a orientação da Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

Como sempre demonstrei interesse na área pediátrica, no mesmo ano de ingresso no mestrado, iniciei um curso de especialização *lato sensu* em Intervenção em Neuropediatria, oferecido pela UFSCar. O trabalho de conclusão de curso, pré-requisito para obtenção do título de especialista, teve como objetivo analisar a produção científica relacionada aos processos interacionais iniciais da díade mãe-bebê pré-termo no contexto de internação hospitalar. A orientação desse estudo também foi realizada pela Profa. Dra. Regina, e permitiu aprofundar minha compreensão acerca da prematuridade e como ocorrem os primeiros contatos entre mãe e recém-nascido pré-termo que necessita permanecer hospitalizado após o nascimento.

Ainda em 2014, durante o segundo semestre do Mestrado, o contato com as mães de bebês pré-termos tornou-se mais próximo. Nesse período, acompanhei os encontros vinculados ao Projeto de Extensão “Grupo de Mães de Neonatos Hospitalizados”, também supervisionado pela Profa. Dra. Regina, e oferecido às mães de bebês pré-termos durante o período de internação do filho em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). Nesse grupo, foram realizadas atividades de escuta a essas mães que relatavam medos e angústias frente à condição de prematuridade do bebê e ao distanciamento do ambiente familiar.

No grupo, participavam mulheres de diferentes faixas etárias e os assuntos discutidos abordavam a vivência do nascimento pré-termo, as relações com familiares e amigos, o contexto de hospitalização, os desejos e as expectativas pós-alta, bem como a preparação e a organização do domicílio para receber o bebê após a alta. O acompanhamento e a participação nesse grupo intensificaram meu desejo de compreensão acerca do contexto hospitalar e domiciliar de uma mulher que se torna mãe de um bebê pré-termo. Entendi que as mães lidam de diferentes maneiras no enfrentamento desse contexto que envolve características subjetivas e singulares a serem respeitadas e compreendidas, considerando os sentimentos e as expectativas que podem surgir durante a internação e após a alta do filho.

No mestrado, tive a possibilidade de estudar a interação mãe-bebê pré-termo em contexto de internação hospitalar. O tema da minha dissertação focou os desafios da interação inicial mãe-bebê de risco neste contexto. De caráter quanti-qualitativa, a pesquisa teve como objetivo geral compreender os processos interacionais na díade mãe-bebê pré-termo nos

primeiros dias de vida. Já como objetivos específicos, caracterizar os comportamentos maternos na interação mãe-bebê internado em situações de cuidado (amamentação, troca de fralda e banho) e de interação livre, identificando e descrevendo elementos que poderiam interferir no estabelecimento da interação inicial durante o período de internação do bebê.

A partir da minha pesquisa de mestrado, tive a oportunidade de adentrar o campo da prematuridade e conhecer a vivência de mães durante a internação dos filhos logo após o nascimento até a alta hospitalar. Os resultados do estudo apontaram a complexidade da vivência materna no contexto de internação, permeada por sentimentos de medo, de ansiedade, de insegurança e de dúvidas quanto à realização dos cuidados dispensados ao bebê e frente à situação de hospitalização do filho.

Ainda no mestrado, participei de alguns encontros do “Grupo de Estudos sobre o Modelo de Ocupação Humana (MOH)”, coordenado pelo Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz, e realizados no Laboratório de Análise Funcional e Ajudas Técnicas (LAFATec), localizado no Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar. O grupo tinha como objetivo discutir o MOH e permitir reflexões acerca da prática da Terapia Ocupacional à luz do modelo. Os encontros fomentaram reflexões teóricas a partir da exploração dos conceitos que compõem o MOH, aproximando meu contato com esse modelo e despertando meu interesse em estudá-lo.

Considerando continuar na área acadêmica e após a aprovação no processo seletivo, iniciei o Doutorado em Terapia Ocupacional oferecido pela UFSCar, no ano de 2016, em que desenvolvi um projeto voltado à população mãe-bebê pré-termo. Com o intuito de agregar conhecimento na área de TO, articulando o estudo das ocupações relativas à maternidade e contemplando os preceitos do MOH, o objeto deste estudo concentra-se nas ocupações de mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar.

Dessa forma, a presente tese buscou, a partir do contato com nove mães durante o período de internação de seus bebês pré-termos em Unidade de Cuidados Intermediários e após a alta hospitalar, identificar as ocupações dessas mães e analisar, na percepção delas, a relação com o processo de construção da identidade ocupacional materna. Os resultados obtidos por meio do Diário de Ocupações e da entrevista semiestruturada foram analisados de acordo com as bases conceituais do Modelo de Ocupação Humana, considerando a importante relação das características pessoais e ambientais que podem impactar o desempenho ocupacional. Para tanto, utilizou-se a classificação de ocupação definida pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), a fim de identificar as ocupações realizadas por cada participante, considerando-as como fundamentais à identidade. Por fim, foi possível dar

luz à maternidade na situação de prematuridade, às ocupações e à construção da identidade ocupacional materna.

## **1 INTRODUÇÃO**

Este capítulo foi desenvolvido a partir de subseções que visam abordar a literatura das seguintes temáticas: maternidade na situação de prematuridade; maternidade e identidade ocupacional; ocupação; um breve histórico acerca do Modelo de Ocupação Humana; ocupação e identidade; ocupação e identidade ocupacional. Os temas serão relacionados no decorrer do texto, a fim de compreender o processo de construção da identidade ocupacional de mães de bebês pré-termos no período de internação e após a alta hospitalar, bem como o estado da arte da literatura sobre a temática.

### **1.1 A maternidade na situação de prematuridade**

O processo de construção da maternidade inicia-se antes da concepção, por meio das primeiras relações e identificações da mulher, perpassando pelos ciclos da infância, da adolescência, do desejo de gerar um filho e do período de gestação. Nesse momento, há a interferência do contexto cultural associado ao que é esperado de uma mulher, tanto em ambiente familiar como na sociedade (PICCININI et al., 2008).

Para Carmo e Corrêa (2018), a experiência da maternidade inicia-se com a aceitação da gravidez aliada ao desejo de tornar-se mãe. No processo de gerar um filho podem ocorrer manifestações de ansiedade por parte dos pais, que se sentem responsáveis pelos cuidados do bebê e idealizam um recém-nascido saudável.

A experiência da gravidez e o nascimento de um bebê são etapas de mudanças substanciais na vida dos genitores, que se deparam com diversas transformações adaptativas. Como gestante, a mulher apresenta uma ideia da mãe que irá tornar-se e, ao mesmo tempo, inicia-se a construção da imagem subjetiva de como será o bebê. Nessa ocasião, ocorre simultaneamente o crescimento do feto no útero materno, o desenvolvimento da subjetividade materna e a representação imagética do bebê. A partir disso, a mãe preocupa-se com desejos, com medos e com fantasias direcionadas à própria vida e ao que a sociedade espera, e, de forma mais persistente, o momento do parto e se o bebê nascerá saudável. Essas preocupações fornecem a matéria-prima trabalhada na preparação da identidade materna (STERN; BRUSCHWEILER-STERN; FREELAND, 1998)

Em relação ao discurso cotidiano, ser mãe é algo que a mulher acredita que sabe, pois faz parte da vida de muitas outras mulheres. No entanto, ao gerar um novo ser é percebido que

o cuidado não é algo tão simples e, nesse sentido, a adaptação ao papel materno pode ser árduo. No contexto de nascimento pré-termo é ainda mais complexo e impactante, sobretudo se for o primeiro filho e/ou podendo ser a primeira vivência do parto antes do tempo. Diante disso, faz-se necessário uma maior compreensão do processo vivido pela mãe na tentativa de lidar com esse contexto (MOREIRA; NARDI, 2009; MELO; SOUZA; PAULA, 2014).

Segundo a filósofa francesa Elisabeth Badinter (1985), o amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher, mas uma emoção adquirida, não havendo uma conduta materna universal. Nesse sentido, como observa a autora, o amor materno é compreendido apenas como um sentimento humano que pode existir ou não, aparecer e ser desconstruído, contrariando a crença de que está inscrito na natureza feminina.

Considerando a gravidez da mulher, o período compreendido entre 24 e 32 semanas de gestação é crucial para o desenvolvimento de uma representação materna do feto, em que a mãe encontra-se profundamente envolvida com o bebê que espera, imaginando as necessidades do filho e a relação entre eles. Ao vivenciar um parto pré-termo, as representações maternas são interrompidas repentinamente e, nesse momento, pode haver uma dificuldade no estabelecimento da relação estável entre mãe e bebê (AMMANITI et al., 1992).

O nascimento de um bebê é considerado um acontecimento único para aqueles que estão emocionalmente envolvidos. A ocorrência do parto pré-termo, na maioria das vezes, é um evento inesperado para as mães que frequentemente se encontram despreparadas sob o ponto de vista emocional e organizacional para este momento, incluindo a experiência da internação do bebê em unidade de cuidados intensivos. Percebe-se que, quando há situações em que o bebê apresenta características diferentes daquelas idealizadas pelos pais, como é o caso de um recém-nascido pré-termo, pode ocorrer uma mudança na identidade de ser a mãe desse bebê, permeada por sentimentos maternos de incapacidade, de fragilidade, de culpa e de medo (BLACK; HOLDITCH-DAVIS; MILES, 2009; SUTTORA; SPINELLI; MONZANI, 2014; WHITTINGHAM et al., 2014; CARTAXO et al., 2014).

Além disso, nos primeiros dias que se seguem, vivenciam a desconfortável separação de seus filhos após o nascimento. Esse distanciamento inicial é atribuído à viabilidade dos bebês que são admitidos à uma unidade neonatal, constituída por um complexo suporte tecnológico (NCUBE; BARLOW; MAYERS, 2016).

O recém-nascido é considerado pré-termo quando nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional. Atualmente, percebe-se que a taxa de sobrevivência dessa população vem aumentando progressivamente, em decorrência dos melhores cuidados

propiciados à gestante e ao bebê. A diminuição na taxa de mortalidade desses bebês ocorre em virtude dos avanços tecnológicos em unidade neonatal, o que minimiza possíveis sequelas de um nascimento pré-termo, ofertando-lhes melhor qualidade de vida (SOUSA et al., 2017).

Nas últimas décadas, mais atenção tem sido direcionada ao suporte e à orientação aos pais e familiares de um bebê admitido em uma UTIN, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal. Além do aumento das chances de sobrevivência dos recém-nascidos pré-termos, a equipe do hospital tem incentivado os pais a assumirem um papel ativo no cuidado diário do filho pré-termo (KORJA et al., 2009).

Os bebês pré-termos podem ser classificados de acordo com a idade gestacional, sendo subdivididos em pré-termo limítrofe ou tardio (com idade gestacional entre 34 e 36 semanas); pré-termo moderado (com idade gestacional entre 30 e 33 semanas) e pré-termo extremo (com idade gestacional inferior a 30 semanas). Ainda, referente ao peso, podem distinguir-se em três subgrupos, a saber: recém-nascidos de baixo peso (peso de nascimento igual ou inferior a 2500g); recém-nascidos de muito baixo peso (peso de nascimento inferior a 1500g) e recém-nascidos de muitíssimo baixo peso (peso de nascimento inferior a 1000g) (DEUTSH; DOURNAUS; WAKSMAN, 2013).

De acordo com Tabile et al. (2016), no Brasil, em 2016, cerca de 9,2% dos nascimentos ocorreram antes de completar 37 semanas de gestação. Referente à estatística mundial de partos pré-termos, dados encontrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS), em 2017, evidenciaram que a cada dez recém-nascidos, um nasce antes do tempo.

Ao nascer prematuramente, o sistema nervoso central do bebê encontra-se desorganizado, razão pela qual o recém-nascido enfrenta dificuldades para se adaptar ao ambiente extrauterino, podendo apresentar dificuldades para respirar, sugar ou combater uma infecção. Além disso, os bebês poderão apresentar diferentes níveis de comprometimento em relação ao próprio crescimento e desenvolvimento, bem como alterações cognitivas e psicomotoras (KLOSSOSWSKI et al., 2016). O risco de sobrevivência e a condição de prematuridade, associada a uma série de complicações médicas, podem requerer internação em UTIN durante dias ou até meses (TALMI; HARMON, 2003).

As mães enfrentam uma série de desafios que se apresentam cotidianamente durante a internação do filho. Dentre esses, destaca-se o distanciamento dos familiares e o estado de saúde do bebê, o qual apresenta alternância entre momentos de melhora e de piora (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; SIQUEIRA; DIAS, 2011; MELO et al., 2016; VERONEZ et al., 2017). Autores reportam que as mães costumam vivenciar o nascimento pré-termo com sensação de

fracasso pela incapacidade de levar a gravidez a termo e de oferecer proteção aos filhos contra danos, dor e desconforto (LUPTON; FENWICK, 2001; BAUM et al., 2012).

O estudo de Fenwick, Barclay e Schmied (2008) teve como objetivo aumentar o conhecimento e a compreensão da maneira como as mulheres iniciam seus papéis como mães quando o bebê encontra-se em berçário neonatal. Os resultados da pesquisa mostram a intensidade nos aspectos emocional, cognitivo e sentimento de preocupação com seus bebês internados, em um esforço para aprender como ser mãe em ambiente hospitalar. As mães esforçavam-se a se conectar com seus bebês, tentando estabelecer senso de competência. O estudo destacou que a maternidade no berçário era construída a partir do envolvimento das mulheres em atividades que visavam conhecimento íntimo dos seus bebês (FENWICK; BARCLAY; SCHMIED, 2008).

Após o nascimento pré-termo, os pais, sem o bebê, deixam o ambiente hospitalar. A realidade vivenciada é diferente do idealizado durante a gestação, onde as primeiras interações com os filhos ocorrem dentro de um ambiente atípico e altamente médico: uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (HALL; BRINCHMANN; AAGAARD, 2012).

Reid (2000) realizou um estudo a fim de explorar o desenvolvimento da identidade materna e de examinar o impacto da prematuridade para essas mães, refletindo sobre os sentimentos despertados em relação ao bebê, o senso de competência e o relacionamento com a equipe. Os resultados, segundo o autor, evidenciaram manifestação de choque durante o parto, enquanto o primeiro contato com o bebê gerava preocupação e medo. Foram destacadas alterações relacionadas ao desenvolvimento da identidade materna, ou seja, as mães não se sentiam responsáveis pelos cuidados e se percebiam incapazes em assumir a responsabilidade do papel materno.

O estudo de Korja et al. (2009) avaliou as representações de apego em mães de bebês pré-termos comparadas às mães de bebês a termo, apontando que as mães de bebês pré-termos vivenciam uma experiência traumática relacionada ao nascimento pré-termo. Ainda observaram dificuldades de aceitação dessa situação, associada às representações subjetivas maternas durante a gravidez comparadas às representações do bebê real, que apresenta vulnerabilidades desenvolvimentais.

Zabielski (1994), com o objetivo de investigar o processo de obtenção do papel materno, entrevistou 21 mães de bebês pré-termos e 21 mães de bebês a termos. Os dados da pesquisa mostram o reconhecimento da identidade materna, em que, duas semanas após o parto, apenas 24% das mães de pré-termos se reconheceram mãestiveram reconhecimento

duas semanas após o parto. Ainda foi evidenciado que quanto mais positivo fosse a percepção afetiva materna com o bebê, mais cedo ocorreria o reconhecimento da identidade materna. Os temas descritos pelas mães eram focados nas experiências negadas, principalmente quanto ao contato físico com sua cria (segurar e tocar seu bebê), em que não se sentiam mães até que o contato mãe-filho fosse estabelecido (ZABIELSKI, 1994).

A adaptação ao papel materno é percebida como árdua após o nascimento de um bebê pré-termo, além de ser afetada por aspectos socioculturais (HEYDARPOUR; KESHAVARZ; BAKHTIARI, 2017). Assim, tornar-se mãe de um bebê pré-termo é diferente de tornar-se mãe de um bebê a termo, tanto em ambiente hospitalar quanto em domicílio (DOYLE, 2011).

Em ambiente hospitalar, o papel materno pode ser alterado pelo fato de desenvolver-se em um lugar mistificado pela imagem popular. A UTIN é percebida como local atrelado à alta tecnologia e à monitoração contínua tanto em termos de equipamentos (desconhecidos para os leigos) quanto pelo atendimento especializado em condições de risco de vida (SIQUEIRA; DIAS, 2011; FRIZON et al., 2011; ANJOS et al., 2012; SCHMIDT et al., 2012; FRELLO; CARRARO, 2012; MELO; SOUZA; PAULA, 2014). Assim, a falta de informação e a perspectiva prévia desse ambiente, onde as chances de óbito são maiores que as perspectivas de sobrevivência, geram insegurança e medo aos pais pela constatação das possíveis condições em que poderão encontrar o filho (SIQUEIRA; DIAS, 2011; ANJOS et al., 2012; SCHMIDT, 2012; MELO; SOUZA; PAULA, 2014).

Estudos têm mostrado que a conjuntura inerente à prematuridade tem impacto direto na vivência materna, podendo constituir-se como risco para o desenvolvimento saudável da interação mãe-bebê. Dentre os fatores importantes a considerar, destacam-se o período de internação, por vezes, prolongado; a fragilidade do bebê em comparação aos bebês nascidos a termo; os cuidados específicos necessários que não podem ser assegurados pela figura materna; e a paridade, ou seja, o fato da mãe ser primípara (primeira gestação) ou múltipara (outras gestações) (MISUND; NERDRUM; DISETH, 2014; PEREIRA; CANAVARRO, 2011; FORCADA-GUEX et al., 2011).

Acrescenta-se que, durante a hospitalização, o cuidado ao bebê é realizado apenas pela equipe especializada (FENWICK; BARCLAY; SCHMIED, 2001; OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009; SPINELLI et al., 2016). Possivelmente, as emoções e as vivências negativas relacionadas à prematuridade podem ocasionar um afastamento físico e emocional dos pais, quando os cuidados do filho são entregues aos profissionais (HUGILL et al., 2013; SPINELLI et al., 2016; TORAL-LÓPEZ et al., 2016).

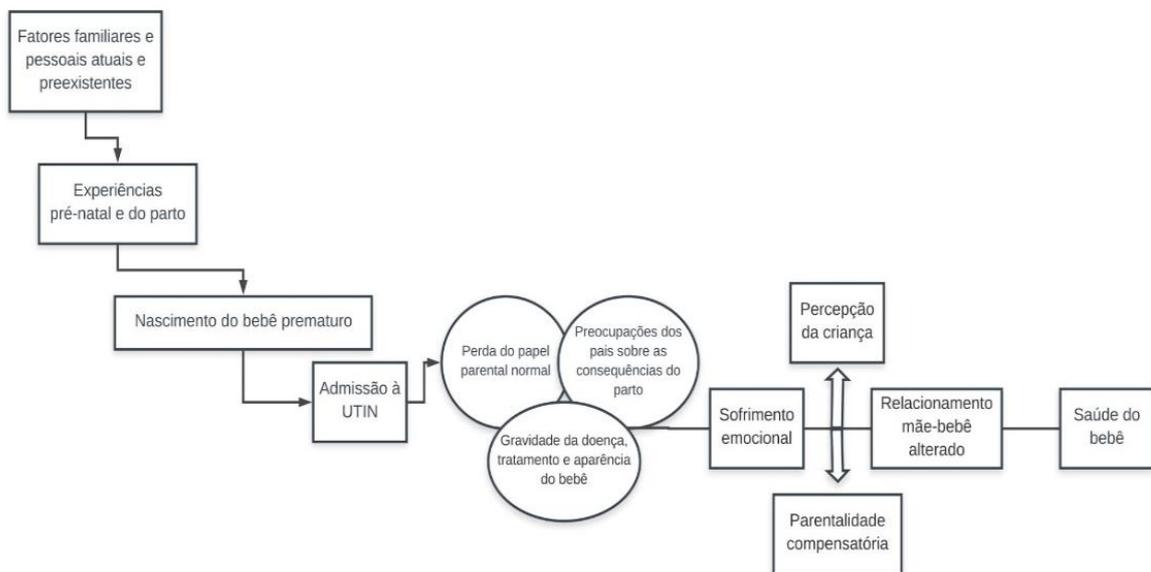
O processo de enfrentamento das adversidades e dos sentimentos intensificados nesse

contexto torna-se ainda mais difícil quando a internação ocorre logo após o nascimento (SCHMIDT et al., 2012; RUSSELL et al., 2014). Esse contexto pode levar ao sentimento de desconexão entre os pais e o filho (GROSIK et al., 2013; SPINELLI et al., 2016), além de iniciarem a jornada parental em uma posição subordinada (FRANCK et al., 2005).

Ainda, o nascimento pré-termo e o período inicial de internação hospitalar colocam a saúde mental dos pais em risco, os quais podem manifestar estresse ao lidar com as dificuldades no cuidado ao bebê em decorrência da prematuridade e das complicações associadas a essa condição (MOK; LEUNG, 2006; ZAMANZAEH et al., 2013; MONTIROSSO et al., 2014; HARRIS et al., 2018). De acordo com Schmidt et al. (2012), a hospitalização do filho, devido à condição de vulnerabilidade da saúde, já é, de antemão, considerada um evento gerador de estresse.

No estudo de Miles e Holditch-Davis (1997), o seguinte modelo foi construído focado nas influências que envolvem os pais de bebês pré-termos, criado com o intuito de agregar pesquisas futuras que abordem essa população:

Figura 1 - Caminhos e influência na parentalidade de bebês nascidos prematuramente



Fonte: Milles; Holditch-Davis (1997, p. 261, tradução nossa).

No modelo, enfatiza-se alguns fatores quando o filho nasce prematuramente: 1) Fatores familiares e pessoais atuais e preexistentes (como idade parental, etnia, status econômico, situação de emprego, traços de personalidade, configuração familiar, nível de apoio social); 2) Experiências pré-natal e do parto (gravidez de alto risco, parto problemático, percepções do

parto prematuro); e 3) Nascimento do bebê prematuro e admissão à UTIN envolvendo três aspectos inter-relacionados: perda do papel parental, gravidade da doença, tratamento e aparência do bebê, preocupações sobre as consequências do parto e desenvolvimento da criança.

Os fatores supracitados, de acordo com o estudo, causam angústia e aflição aos pais (MILES; HOLDITCH-DAVIS, 1997). Em suma, o modelo proposto pelos autores, mostra que os pais têm pouco controle sobre a admissão do bebê para uma UTIN, além de vivenciarem limitadas possibilidades de fornecer o cuidado parental que projetaram antes do nascimento. Decorrente dessa experiência, frequentemente aparecem sentimentos de impotência, de forma que os pais lutam diariamente por oportunidades de exercer o papel parental.

Conforme Spinelli et al. (2016), o nascimento pré-termo pode constituir uma interrupção na transição para a maternidade, o que requer uma reorganização desse processo. A fim de analisar essa experiência, os autores realizaram um estudo com 30 mães durante a internação do bebê em UTIN, por meio de uma entrevista semiestruturada. Os dados apontam que as mães vivenciaram uma desconexão com o filho, percebendo uma inadequação materna e uma descontinuidade do papel e, conseqüentemente, da identidade de mãe. O estudo ainda observa que a experiência está inserida no parto traumático e em todo o processo de tornar-se mãe dentro de um contexto institucional (SPINELLI et al., 2016).

Em síntese, percebe-se que o nascimento pré-termo pode interferir no processo de construção das representações do bebê, nos fatores que envolvem o tornar-se mãe e nas relações dessas mães com o ambiente e com as ocupações desempenhadas no contexto de prematuridade do filho.

Na próxima seção, será tratada a temática da Ocupação, com base nos conceitos e nas definições da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) e do Modelo de Ocupação Humana (MOH) com o objetivo de contextualizar a temática deste estudo.

## **1.2 Ocupação**

A Terapia Ocupacional é definida pela Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais como profissão que trabalha com indivíduos e comunidades de pessoas a fim de promover saúde e bem-estar por meio da participação em ocupações diárias (WFOT, 2013), sendo também definida como o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) a fim de melhorar ou de possibilitar a participação de indivíduos ou grupos em hábitos, em rotinas e em papéis, considerando a diversidade de contextos ambientais. A ocupação é um conceito

central dentro do domínio da Terapia Ocupacional (AOTA, 2015).

O documento apresenta-se dividido em duas seções descritas separadamente, porém intrinsecamente ligadas em uma relação transacional: 1) Domínio: constitui as competências da profissão e 2) Processo: refere-se às atitudes dos profissionais durante a prestação de serviços focados no envolvimento em ocupações (AOTA, 2015).

Na Ciência Ocupacional, a ocupação é definida como “tudo o que as pessoas precisam, querem ou devem fazer” (WILCOCK, 2006, p. 9), além da compreensão de como as dimensões sociais e as características contextuais moldam as ocupações e as oportunidades para a participação. Outra definição mobilizada por Townsend e Polatajko (2007) é a de que as ocupações são consideradas grupos de atividades e tarefas da vida cotidiana, em que são organizadas e significadas por indivíduos emergidos em determinada cultura.

De acordo com Townsend e Polatajko (2007), a Terapia Ocupacional preocupa-se com o desempenho da ocupação e seu papel é o de favorecedor de saúde e de bem-estar. Ocupação é percebida como conceito central da prática e é definida como o contexto por meio do qual as pessoas desenvolvem sentimentos, habilidades, constroem relacionamentos, criam conhecimento e constroem significado e propósito de vida.

A Terapia Ocupacional é considerada uma profissão que, como o próprio nome sugere, preocupa-se com o que as pessoas fazem em um determinado ambiente que se caracteriza como ocupação (LAW et al., 2002). A profissão de Terapia Ocupacional procura compreender a ocupação, em que o seu conceito estende-se para incluir a participação dos indivíduos em inúmeras atividades que provê significado e valor às suas vidas (HORNE; CORR; EARLE, 2005).

Para Christiansen e Townsend (2010), o conceito de ocupação é atribuído conforme a maneira pela qual as pessoas ocupam seu tempo, o que fazem durante a rotina diária, com quem, quando, onde e por que as ocupações são realizadas, além da influência do contexto social.

Ocupação é um aspecto central da experiência humana e significa o uso intencional do tempo pelos seres humanos com o intuito de satisfazer os próprios impulsos internos, focando na exploração e no domínio do ambiente em que se inserem. Além disso, satisfaz as exigências do grupo social ao qual pertencem, além das necessidades pessoais de autossuficiência. A Ocupação Humana é definida como o fazer do trabalho, do lazer ou das atividades de vida diária dentro de um contexto físico, temporal e sociocultural. Ainda, é caracterizada por um processo de exploração, de resposta e de controle do ambiente por meio da atividade (KIELHOFNER, 1990, 2008, 2009).

O termo ocupação ainda se refere às atividades envolvendo educação, lazer, dormir; atividades realizadas para apoiar a vida na casa ou na comunidade, além de atividades que promovem participação social (AOTA, 2015). Diariamente as pessoas estão envolvidas em uma variedade de ocupações que são influenciadas e moldadas por habilidades, por valores, por possibilidades e por restrições de cada indivíduo em um determinado ambiente (DAVIS; POLATAJKO, 2010).

De acordo com Wilcock (2006), a saúde e a satisfação de uma pessoa são mantidas por meio das ocupações diárias. Assim, os Terapeutas Ocupacionais acreditam que o engajamento dos indivíduos em ocupações apresenta um potencial de influência e de promoção de saúde e de bem-estar (KIELHOFNER, 2007; AOTA, 2015). Intimamente relacionada a essa ideia, Kielhofner (2008) cunhou o conceito de participação ocupacional, o qual fornece uma base para a compreensão de como os indivíduos se envolvem em ocupações desejadas e/ou necessárias para o próprio bem-estar.

A ocupação apresenta-se ligada às diversas atividades significativas que a pessoa realiza (POLATAJKO, 2007). Para compreender a ocupação, é preciso examinar o que os seres humanos fazem com o seu tempo, como organizam suas atividades, quais são seus objetivos e o significado atribuído aos indivíduos e à sociedade. A experiência pessoal em realizar uma ocupação, conscientemente ou não, permite conhecer o que é, como acontece, o que significa, os pontos positivos e negativos ao desempenhá-la (CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011).

O envolvimento ativo em uma ocupação promove, facilita, apoia e mantém a saúde e a participação (AOTA, 2015). Os aspectos do Domínio referentes à Estrutura apresentam uma inter-relação dinâmica que influenciam a identidade ocupacional, a saúde, o bem-estar, a participação e o envolvimento do cliente na vida. Neste estudo, adota-se a perspectiva da Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, 3ª edição, documento oficial da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), na utilização dos termos atividade e ocupação. Este documento apresenta um resumo dos construtos relacionados à descrição da prática da Terapia Ocupacional (AOTA, 2015).

As ocupações serão apresentadas no Quadro 1, divididas nas seguintes categorias: atividades de vida diária (AVDs), também conhecidas como atividades básicas da vida diária (ABVDs), atividades práticas da vida diária (APVDs) ou atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social; seguido de suas respectivas definições.

Quadro 1 - Categorias e definições das ocupações definidas pela AOTA (2015).

CATEGORIAS	DESCRIÇÕES
<b>Atividades de vida diária (AVDs)</b>	<p>É uma categoria que apresenta “atividades orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo” (ROGERS; HALM, 1994 apud AOTA, 2015, p. 19). Atividades consideradas “fundamentais para viver no mundo social; elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar” (CHRISTIANSEN; HAMMECKER, 2001, p. 156, apud AOTA, 2015, p. 15).</p> <p>Esta categoria inclui as seguintes atividades: banhar e tomar banho no chuveiro; usar vaso sanitário e realizar higiene íntima; vestir; deglutir/comer; alimentar; mobilidade funcional; cuidado com equipamentos pessoais; higiene e “grooming<sup>1</sup>”; e atividade sexual (AOTA, 2015).</p>
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)</b>	<p>Categoria correspondente às “atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas que as utilizadas nas AVDs” (AOTA, 2015, p. 20).</p> <p>As atividades que compõem a presente categoria são: cuidar de outros (incluindo seleção e supervisão de cuidadores); cuidar de animais; educar criança; gerenciamento de comunicação; dirigir e mobilidade na comunidade; gerenciamento financeiro; gerenciamento e manutenção da saúde; estabelecimento e gerenciamento do lar; preparar refeições e limpeza; atividades e expressão religiosa e espiritual; segurança e manutenção emergencial e fazer compras (AOTA, 2015).</p>
<b>Descanso e Sono</b>	<p>Categoria composta por “atividades relacionadas à obtenção de descanso e sono reparadores para apoiar a saúde e o envolvimento ativo em outras ocupações” (AOTA, 2015, p. 21).</p> <p>A categoria compõe as atividades: descansar; preparação para o sono e participação no sono.</p>
<b>Educação</b>	<p>Categoria referente às “atividades necessárias para a aprendizagem e participação no ambiente educacional” (AOTA, 2015, p. 21).</p> <p>As atividades pertencentes a esta categoria são: participação na educação formal; exploração das necessidades ou interesses pessoais em educação informal (além da educação formal) e participação na educação pessoal informal (AOTA, 2015).</p>
<b>Trabalho</b>	<p>Categoria descrita como “trabalho ou esforço; de fazer, construir fabricar, dar forma, moldar ou modelar objetos; para organizar, planejar ou avaliar serviços ou processos de vida ou de governo; ocupações comprometidas que são executadas com ou sem recompensa financeira” (CHRISTIANSEN; TOWNSEND, 2010, p. 423).</p> <p>Esta categoria é constituída pelas seguintes atividades: interesse e busca por emprego; procura e aquisição de emprego; desempenho no trabalho; adequação e preparação para a aposentadoria; explorar trabalho voluntário e participação em voluntariado (AOTA, 2015).</p>
<b>Brincar</b>	<p>Esta categoria refere-se à “qualquer atividade espontânea e organizada que ofereça satisfação, entretenimento, diversão e alegria” (PARHAM; FAZIO, 1997, p. 252).</p> <p>Esta categoria apresenta as atividades: brincar exploratório e participação no brincar (AOTA, 2015).</p>
<b>Lazer</b>	<p>Categoria descrita como “atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e realizada durante o tempo livre, ou seja, o tempo não comprometido com ocupações obrigatórias, tais como trabalho, autocuidado ou sono” (PARHAM; FAZIO, 1997, p. 250).</p> <p>As atividades que compõem esta categoria são: exploração do lazer e participação no lazer (AOTA, 2015).</p>
<b>Participação social</b>	<p>Categoria apresentada como “a inter-relação de ocupações para apoiar o envolvimento desejado em atividades comunitárias e familiares, bem como aquelas que envolvem pares e amigos” (GILLEN; BOYT</p>

<sup>1</sup> Traduz-se como cuidado com o corpo, como com pêlos, unhas, dentes etc. (AOTA, 2015).

	<p>SCHELL, 2014, p. 607). “A participação social pode ocorrer pessoalmente ou por meio de tecnologias remotas, tais como telefonemas, interação com o computador e videoconferência” (AOTA, 2015, p. 22).</p> <p>A categoria é composta pelas atividades: comunidade, família e pares, amigos (AOTA, 2015).</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em relação aos aspectos do Domínio, presentes na Estrutura, as áreas de ocupação descritas no Quadro 1, envolvem uma dinâmica composta pelos fatores dos clientes<sup>2</sup>, habilidades de desempenho, padrões de desempenho e contexto e ambiente. Os fatores do cliente são as capacidades específicas, características ou crenças que consistem na pessoa e que influenciam o desempenho em ocupações (AOTA, 2015). As habilidades de desempenho correspondem às “ações dirigidas a objetivos observáveis, como pequenas unidades de envolvimento em ocupações da vida diária” (AOTA, 2015, p. 7). Mudanças ocorridas em uma habilidade poderão afetar outras habilidades de desempenho (AOTA, 2015).

Padrões de desempenho “são hábitos, rotinas, papéis e rituais usados no processo de se envolver em ocupações ou atividades que podem apoiar ou dificultar o desempenho ocupacional” (AOTA, 2015, p. 8). Os padrões de desempenho compõem hábitos, rotinas, rituais e papéis. Por fim, o contexto e ambiente significam o “envolvimento e participação na ocupação e ocorrem dentro de um ambiente social e físico situado em um contexto” (AOTA, 2015, p. 9), que podem ser são cultural, pessoal, temporal e virtual (AOTA, 2015).

Partindo da compreensão de centralidade da ocupação na saúde e no bem-estar na vida cotidiana das pessoas, outros constructos centrados na ocupação foram desenvolvidos no envolvimento em ocupações, assim como o impacto causado na vida da pessoa quando o engajamento ocupacional é interrompido (GIBBS, 2011).

Nessa direção, vale um aprofundamento no Modelo de Ocupação Humana, principal fundamentação teórica do presente estudo e que traz outras contribuições referentes ao envolvimento em ocupações significativas e satisfatórias, a interferência do ambiente e a construção da identidade ocupacional.

### 1.3 Modelo de Ocupação Humana: um breve histórico

Este estudo orienta-se pelo Modelo de Ocupação Humana (MOH), criado por Gary Wayne Kielhofner (1949-2010). Kielhofner graduou-se em psicologia pela Universidade de St. Louis em 1976, no mesmo ano em que iniciou mestrado em Terapia Ocupacional pela

<sup>2</sup> Clientes são definidos como pessoas, grupos e populações (AOTA, 2015).

Universidade Southern California, e doutorou-se em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, Los Angeles, em 1980 (CRUZ, 2018).

O MOH foi desenvolvido a partir da prática de Kielhofner junto aos militares veteranos e lesados medulares envolvidos na guerra do Vietnã (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). O estudo do MOH iniciou-se na década de 70, no período em que o campo da Terapia Ocupacional vivenciava uma ausência de base conceitual, o que resultou em uma crise de identidade profissional do terapeuta ocupacional (KIELHOFNER; BURKE, 1990; KIELHOFNER, 2009; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O MOH resultou dos trabalhos da teórica norte-americana Mary Reilly que desenvolveu o paradigma do comportamento ocupacional a partir dos conceitos de necessidade humana de competência e de realização, de desenvolvimento do trabalho e do lazer, de papéis ocupacionais e da relação entre saúde e adaptação humana (HAGEDORN, 1999).

Em 1980, Gary Wayne Kielhofner, estudante de Mary Reilly, uniu-se à Janice Posatery Burke quando propuseram o MOH em resposta às mudanças da profissão, alinhado ao modelo biomédico de saúde, a fim de fornecer subsídios para a clínica da Terapia Ocupacional (WONG; FISHER, 2015). O modelo ainda surge da necessidade de desconstruir a ideia de reducionismo, ancorada ao conceito de ocupação do século XIX, compreendido como ato de ocupar o tempo ocioso (MEDEIROS, 2010).

As primeiras publicações sobre o MOH foram divulgadas no *American Journal of Occupational Therapy* e foram desenvolvidas em uma série composta por quatro artigos publicados no ano de 1980 por Gary Kielhofner e outros estudiosos (KIELHOFNER, 1980a, 1980b; KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER; BURKE; IGI, 1980). As publicações tinham como objetivo desenvolver um paradigma de ocupação voltado ao campo da Terapia Ocupacional, com o propósito de aplicação do modelo na prática e na pesquisa.

Após a produção dos quatro artigos, foi publicado, em 1985, um livro referente ao MOH (KIELHOFNER, 2008). O modelo é focado na participação e na adaptação do cliente em ocupações de vida a partir da relação dinâmica entre a pessoa e o ambiente (KIELHOFNER, 2009).

Os teóricos da Terapia Ocupacional reforçaram a importância de modelos focados na ocupação (KIELHOFNER, 2009; LUDWIG, 2004; TURPIN; IWAMA, 2011). Os estudos de Kielhofner sustentam um elevado impacto global na prática, no ensino e na pesquisa na área. Além disso, o MOH é reconhecido como modelo mais duradouro com ênfase na ocupação e centrado no cliente e que destaca a compreensão das necessidades, das perspectivas e das

experiências do cliente (KIELHOFNER; BURKE, 1990; KIELHOFNER, 2009; BRAVEMAN; FISHER; SUAREZ-BALCAZAR, 2010; TURPIN; IWANA, 2011; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). Ainda é um dos modelos mais frequentemente ensinados e usados em países ocidentais (ASHBY; CHANDLER, 2010).

Mesmo que iniciada oficialmente nos Estados Unidos, a Terapia Ocupacional desenvolveu-se de maneira singular em outros países, considerando diversidades de contextos políticos e sociais. No Brasil, o desenvolvimento da profissão não seguiu a criação ou a adoção de modelos (CRUZ, 2018).

De acordo com Wong e Fisher (2015), a maioria dos Terapeutas Ocupacionais considera que a aplicação de modelos focados na ocupação melhoram suas práticas. No entanto, muitos não os mobilizam de maneira rotineira devido à falta de compreensão e às limitadas estratégias para selecioná-los e aplicá-los ao cliente. De acordo com Cole e Tufano (2008), os modelos focados na ocupação fornecem um contexto de ocupação que enfatiza a singularidade da Terapia Ocupacional em relação à capacidade de um cliente para engajar-se em atividades, assim como procura explicar a interação entre ocupação, pessoa e ambiente.

O Quadro 2 explicita alguns termos utilizados pelo MOH e suas respectivas definições, a fim de facilitar a compreensão do modelo.

Quadro 2 - Termos e definições do Modelo de Ocupação Humana.

TERMOS	DEFINIÇÕES
<b>Ocupação Humana</b>	Constitui o fazer a partir do trabalho, lazer/brincar ou atividades de vida diária dentro de um contexto físico, temporal e sociocultural que caracteriza a vida humana. Compreende três amplas áreas: atividades de vida diária (autocuidado e automanutenção), brincar/lazer e produtividade. Ocupação reflete a influência das características da pessoa e do meio ambiente. Características internas da pessoa (capacidade, motivação e padrões de desempenho) são mantidas e transformadas através do engajamento em ocupações.
<b>Volição</b>	Processo pelo qual as pessoas são motivadas a realizar uma ocupação e escolher atividades. Constitui um processo contínuo em que pensamento e sentimento volitivos (que incluem causação pessoal, valores e interesses) ocorrem ao longo do tempo. Além disso, aborda como as pessoas experimentam, interpretam, antecipam e escolhem ocupações.
<b>Causação pessoal</b>	Refere-se ao próprio senso de capacidade e de eficácia que a pessoa tem de acordo com o que elas realizam suas atividades diárias.
<b>Valores</b>	Refere-se às crenças e aos compromissos sobre o que é bom, certo e que considera importante e significativo fazer.
<b>Interesses</b>	São gerados através da experiência de prazer e de satisfação na ocupação.
<b>Habituação</b>	Descreve a emergência de um padrão de ocupação ao longo do tempo. Processo por meio do qual as pessoas organizam suas ações dentro de padrões e rotinas.
<b>Hábitos</b>	Definido como tendências adquiridas para responder às circunstâncias ambientais ou situações familiares que se insere. Preserva maneiras de fazer as coisas que temos internalizado através do desempenho repetido e que se tornam automáticas.
<b>Papéis</b>	Identidade e senso de obrigações.
<b>Papéis internalizados</b>	Ocorre quando nos identificamos e nos comportamos de maneiras aprendidas associadas a um status social particular ou associadas a construção da identidade. O papel internalizado é a incorporação de um status definido socialmente e/ou

	pessoalmente, relacionado às atitudes e aos comportamentos de uma pessoa.
<b>Capacidade de Desempenho</b>	Descreve a experiência e a percepção da própria pessoa acerca da habilidade para desempenhar uma ocupação, assim como a percepção dos outros em relação a essa habilidade. Refere-se às habilidades físicas e mentais, como também aos sistemas corporais musculoesquelético, neurológico, cardiopulmonar, dentre outros; e de que forma são usados e experimentados durante o desempenho.
<b>Ambiente</b>	Refere-se às características física, social, cultural, econômica e políticas particulares dentro de um contexto pessoal que apoia ou interfere na ocupação de um indivíduo. É considerada uma constante influência na ocupação (motivação, organização e desempenho). O ambiente inclui espaços que os humanos ocupam, os objetos que eles usam, as pessoas com quem interagem e as possibilidades e significados para sentirem que fazem parte de um coletivo humano.
<b>Impacto ambiental</b>	Refere-se às oportunidades, ao apoio, às demandas e às restrições dos aspectos físicos e sociais do ambiente. O impacto ambiental pode habilitar ou incapacitar o indivíduo.
<b>Perturbação</b>	Definida como uma necessidade de mudança que causa uma sensação de desconforto. Podem ser perturbações externas ou internas.
<b>Mudança Ocupacional</b>	Refere-se às mudanças nas ocupações, resultado das interações entre volição, habituação e capacidade de desempenho em determinado ambiente.
<b>Participação Ocupacional</b>	Engajar-se em trabalho, lazer/brincar, ou atividades de vida diária que fazem parte do contexto sociocultural da pessoa e que são desejados e/ou necessários para o próprio bem-estar.
<b>Desempenho Ocupacional</b>	Processo de realizar determinadas ocupações ou tarefas que demandam ações intencionais.
<b>Habilidades Ocupacionais</b>	Ações direcionadas a um objetivo focado enquanto as executam.
<b>Competência Ocupacional</b>	Relacionada à capacidade em desempenhar ocupações com habilidade e facilidade. A pessoa é capaz de manter um padrão de ação que promulga sua identidade ocupacional.
<b>Identidade Ocupacional</b>	Senso cumulativo de quem somos e desejamos nos tornar como seres ocupacionais.
<b>Adaptação Ocupacional</b>	Mudanças necessárias para continuar a engajar-se em atividades escolhidas ou desenvolver novas atividades.

Fonte: Kielhofner (2008); Taylor; Kielhofner (2017).

O MOH considera o dinamismo do comportamento ocupacional e explica a ocupação humana como um sistema aberto, ou seja, em constante interação com o ambiente. Aponta o ser humano como um sistema aberto/dinâmico que responde e se adapta às mudanças que ocorrem no corpo, no ambiente e no nível ocupacional (CRUZ, 2012). O modelo pretende explicar como a ocupação é motivada, moldada e realizada (TURPIN; IWAMA, 2010).

As teorias do MOH direcionam três questões relacionadas à prática focada na ocupação: 1) Como a ocupação é motivada, organizada em padrões de vida diária e realizada no contexto do meio ambiente? 2) O que acontece diante de deficiências, doenças e outros fatores que criam problemas ocupacionais? e 3) Como a terapia ocupacional permite que as pessoas se envolvam em ocupações que fornecem significado e satisfação e apoiem o bem-estar de seus aspectos físicos e emocionais? (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O modelo tem o propósito de descrever e explicar o comportamento humano, ou seja, a ocupação, considerada critério para a formação da identidade e para a prática da Terapia

Ocupacional (KIELHOFNER; BURKE, 1990). Parte-se do pressuposto de que ocupação é uma forma de explorar, de replicar e de dominar o ambiente a partir da atividade, onde o fazer é visto enquanto produtividade, lazer e atividades de vida diária, e que acontece em um contexto concreto, social e cultural (CRUZ, 2012).

Conforme Taylor e Kielhofner (2017), a ocupação humana compreende a três grandes áreas do fazer: 1) Atividades da vida diária: correspondente às tarefas típicas de vida indispensáveis para o autocuidado e para a automanutenção, tais como tomar banho, comer, limpar a casa e lavar a roupa; 2) Brincar/lazer: atividades realizadas que transmitam bem-estar e 3) Produtividade: atividades, pagas ou não, que por meio da prática e da aprendizagem tende a melhorar as habilidades para o desempenho produtivo. A produtividade inclui atividades que proporcionam envolvimento, por exemplo, estudante, voluntário, empregado e pais.

O MOH, focado na ocupação, enfatiza a prática centrada no cliente, é holístico e baseado em evidências. Nesse sentido, as características do modelo respeitam cada cliente individualmente, considerando sua experiência cultural (KIELHOFNER, 2008) e seu caráter holístico corresponde à visão ampla e integrativa da ocupação humana a partir dos componentes físicos e mentais do ser humano (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Ainda, o MOH foi baseado na Teoria Geral dos Sistemas, em que a ação do movimento não é influenciada apenas por força muscular ou coordenação, pois também aborda desejos, motivações, hábitos, rotinas e meio ambiente. A perturbação nesses aspectos ocorre de maneira externa ou interna, causando sensação de desconforto e de necessidade de mudança (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

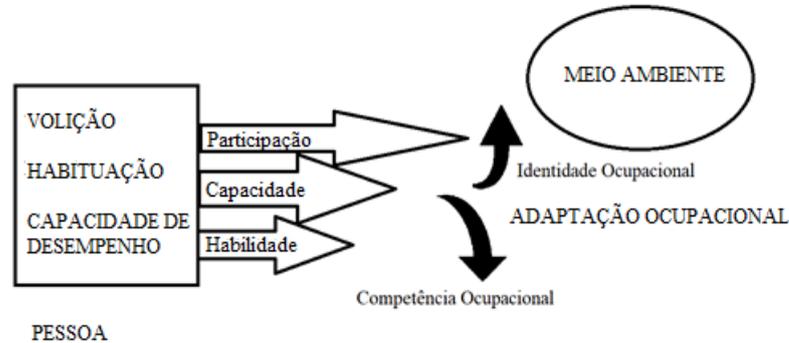
O MOH explica como as pessoas estão motivadas para desempenhar ocupações (volição) e repetir seu desempenho ao longo do tempo (habituação). À medida que as ocupações são repetidas, o indivíduo apresenta uma percepção subjetiva de sua própria capacidade de mudança (capacidade de desempenho) e todo esse processo ocorre em um contexto social e físico (ambiente) (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O modelo compreende o desenvolvimento ocupacional como uma interação dinâmica que engloba quatro elementos interligados: volição (causação pessoal, valores e interesses), habituação (hábitos e papéis), capacidade de desempenho (sistemas corporais) e meio ambiente (físico, social, cultural, econômico e político). Esses componentes constituem uma interação recíproca entre si que orienta a pessoa a se envolver em uma ocupação (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O MOH possui uma forte ênfase na adaptação intrínseca da pessoa que resulta na sua participação ocupacional. O cliente é visto como um agente dinâmico de mudança e domínio

sobre o ambiente (WONG; FISHER, 2015).

Figura 2 - Modelo de Ocupação Humana.



Fonte: Kielhofner (2008).

A Figura 2, representa a estrutura do MOH e apresenta os aspectos pessoais da pessoa (volução, habituação e capacidade de desempenho) que afetam a habilidade, o desempenho e a participação ocupacional do ser humano, o que proporciona o senso de competência e a construção da identidade ocupacional, que, por sua vez, contribuem para a adaptação ocupacional no ambiente. Essa adaptação é o resultado desejado pelo MOH (KIELHOFNER, 2008; WONG; FISHER, 2015).

Considerando as mudanças realizadas no MOH em edições recentes, o enfoque da Terapia Ocupacional foi ampliado para além do desempenho ocupacional e se concentrou no desenvolvimento e na mudança intrínseca, conhecido como adaptação ocupacional (KIELHOFNER, 2008; TURPIN; IWAMA, 2011).

Nos subtópicos seguintes, os componentes do MOH são definidos com mais detalhes.

### 1.3.1 Volição

Volição ou vontade é um processo contínuo em que reflete uma gama de pensamentos e de sentimentos que se tem sobre as coisas que se faz, o que se está fazendo ou o que se pode fazer. Volição ainda é definida como um processo de desdobramento no qual mudanças ocorrem, considerando novos ambientes, novas oportunidades e demandas de ação, encontram-se novos prazeres, perda de interesses, novas capacidades são descobertas ou se percebe que não estamos mais experientes em uma atividade particular (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Volição se refere à motivação para ocupação. Para fazer coisas que são essenciais para

a volição, cada pessoa tem pensamentos e sentimentos distintos que respondem às seguintes questões: “Sou bom nisso?”, “Isso vale a pena fazer?” e “Eu gosto de fazer isso?”.

Ainda, a volição apresenta três elementos-chave em que os pensamentos e sentimentos são referidos, a saber: os valores, a causação pessoal e os interesses. Na vida cotidiana, os elementos encontram-se entrelaçados e apresentam uma continuidade e uma mudança ao longo da vida (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). Nesse sentido, os pensamentos e sentimentos volicionais direcionam a ação sobre esses três aspectos: 1) Valores: referem ao que se considera importante e significativo fazer; 2) Causação pessoal: refere-se à própria percepção de capacidade e eficácia, e 3) Interesses: referem-se ao que se percebe como agradável ou satisfatório fazer (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Assim, enquanto os indivíduos encontram-se energizados para a ação, eles almejam fazer coisas que se sentem competentes em fazer, que valorizam e que encontram satisfação (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Volição é um processo dinâmico e constante. Os pensamentos e sentimentos volicionais ocorrem ao longo do tempo a partir do ciclo volicional em que as pessoas antecipam, escolhem, experimentam e interpretam as ocupações. O ciclo dos processos volitivos ocorre de forma repetida e mantém ou reformula os valores, a causação pessoal e os interesses de uma pessoa. Uma vez que experimentamos um senso de competência em uma ocupação, tenderemos a antecipar essa ocupação com sentimentos e com escolhas positivas para realizá-la novamente (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A *antecipação* considera nossas ações em momentos imediatos ou de um futuro distante. Os valores, a causação pessoal e os interesses influenciam como as pessoas antecipam a ação. O mundo nos apresenta oportunidades e expectativas para a ação, enquanto a maneira como pensamos e sentimos sobre isso são influenciados pelo que gostamos, assim como por sentimentos competentes que são despertados. Logo, o processo de perceber e de reagir às oportunidades e às expectativas para a ação constitui o processo volitivo da antecipação e está relacionado à percepção das próprias competências, interesses e compromissos. Por outro lado, as pessoas tendem a ignorar aquilo em que não apresentam investimento volitivo (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A *escolha* envolve as escolhas das pessoas para uma determinada ação e são moldadas pelos interesses, causação pessoal e valores. As escolhas envolvem contribuições complexas de todos os componentes da volição, definidas como compromissos determinados para assumir um papel ocupacional, envolve decisões para começar ou para terminar atividades, além da possibilidade de adquirir um novo hábito ou, ainda, realizar um projeto pessoal

(KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A *experiência* encontra-se intimamente ligada à qualidade de vida e está relacionada aos pensamentos e aos sentimentos imediatos que surgem a partir da experiência e em resposta ao desempenho (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). Sempre que fazemos algo, pode ocorrer uma série de experiências que determinam a extensão do que sentimos, como sentir prazer, ansiedade, conforto, desafio ou tédio. É possível que prossigamos ações com convicções sólidas sobre o porquê as realizamos ou, por outro lado, preocuparmos com nossas ações e a percebermos como inúteis ou sem sentido (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Segundo Taylor e Kielhofner (2017), a *volição* influencia a *interpretação* diante das nossas ações. A *causação* pessoal, os valores e interesses próprios são parte de um padrão coerente de pensamentos e sentimentos que se desenrolam diariamente; além disso, apresentam a possibilidade de reflexão e de interpretação acerca do próprio desempenho, relacionada ao significado atribuído para si mesmo e para o mundo de alguém. A *interpretação* examina o processo dinâmico da *volição*.

### 1.3.2 Habituação

Habituação se refere ao processo pelo qual a ocupação é organizada dentro de padrões ou de rotinas correspondentes ao ambiente. Internalizamos padrões de atitude e ação ao interagirmos com as diversas características desses ambientes (padrões temporais, atitudes sociais, expectativas e comportamentos de outros). Dessa forma, o ambiente constitui como uma influência persuasiva na habituação (KIELHOFNER, 2008).

Habituação descreve, ao longo do tempo, o surgimento de um padrão de ocupação (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). Engajar-se em determinados comportamentos de rotina diária que se manifestam automaticamente permite reafirmarmos certa identidade (KIELHOFNER, 2008).

A habituação é definida como uma disposição interna que apresenta padrões consistentes de comportamento guiados por nossos hábitos e papéis adaptados, por sua vez, às características de rotina em ambientes temporal, físico e social, as quais nos moldam para desenvolvermos determinadas maneiras de realizar ações. O ambiente constitui uma influência na habituação, visto que habituação é uma maneira própria de agir dentro dos nossos habitats, seja aspectos físicos, bem como a partir dos padrões e das normas sociais que nos rodeiam (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A partir da habituação, podemos perceber o que é comum e mundano em nossas vidas: nosso comportamento de rotina diária, nossa maneira de fazer as coisas, as várias rotas que seguimos em nossas casas, bairros e comunidades, e nossos padrões de envolvimento com os outros (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A tendência habituada ao agir, ou seja, a habituação como prontidão internalizada para exibir padrões consistentes de comportamento, repetidos e guiados por hábitos e papéis públicos e privados (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017), são:

- **Hábitos:** os hábitos preservam maneiras de realizar ações que as pessoas têm internalizado por meio do desempenho repetido. A geração de hábitos ocorre por consistentemente repetir a ação em um mesmo contexto. Assim, hábitos são rotinas automáticas adquiridas sem atenção consciente constante. Nesse sentido, os hábitos existem ao repetirmos uma ação suficientemente a fim de estabelecer um padrão e na presença de circunstâncias ambientais consistentes. A rotina diária e a maneira como se faz uma dada tarefa serão guiadas e refletidas por nossos hábitos (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

- **Papéis:** os papéis surgem de necessidades ou de circunstâncias pessoais. Geralmente as pessoas apresentam diversos papéis que compõem suas rotinas de tempo e espaço. Identificamo-nos com e nos comportamos conforme modelos que temos aprendido para associa-los a uma identidade ou a um status social particular. A ação realizada a partir de um papel, seja esse de pai ou de estudante, exibe padrões de comportamento que refletem um status social. Além disso, o comportamento tende a ser reproduzido conforme o que os outros esperam deles na execução desse papel, correspondendo a definições e a expectativas sociais. O conceito de papel internalizado pode ser definido como um status incorporado de uma forma social e/ou pessoal que se relaciona às atitudes e aos comportamentos da pessoa (KIELHOFNER, 2008).

Papéis representam um nível mais complexo de organização do comportamento do que os hábitos. Uma pessoa que age dentro de um papel durante horas do dia, apresenta exigências para desempenha-lo e essas servem como referência para organizar o comportamento. O papel ocupacional está relacionado aos papéis produtivos das rotinas diárias, o comportamento desse papel inclui as rotinas (quando são executadas, em que contexto, com quem e com que frequência) (KIELHOFNER; BURKE, 1990; KIELHOFNER, 2008, 2009).

### 1.3.3 Capacidade de desempenho

A capacidade de desempenho descreve a experiência e a percepção própria de uma pessoa em relação à habilidade em realizar uma ocupação, assim como outras percepções dessa habilidade percebidas pela pessoa (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017). Capacidade de desempenho depende de fatores musculoesqueléticos, neurológicos, cardiopulmonares, entre outros sistemas corporais e também se refere às habilidades cognitivas e mentais, como memória e planejamento (KIELHOFNER, 2008).

Considerando que o MOH enfatiza a experiência subjetiva e que os papéis moldam a maneira como as pessoas desempenham ações, o conceito de capacidade de desempenho é definido como a capacidade para realizar ações, fornecidas pelo status de componentes físicos e mentais, além da experiência subjetiva correspondente.

### 1.3.4 Ambiente

O contexto ambiental é considerado uma influência constante na ocupação. No MOH, ao considerar qualquer aspecto da pessoa (volição, habituação ou capacidade de desempenho), sempre há a inclusão do ambiente como influente na motivação, nos padrões e no desempenho do indivíduo (KIELHOFNER, 2008).

O ambiente refere-se aos aspectos sociocultural e físico do contexto em que a pessoa executa uma ocupação específica. Idealmente, esses aspectos existem para facilitar o engajamento da pessoa na ocupação. As ocupações e as circunstâncias ocupacionais das pessoas sofrem uma influência constante do ambiente, nesse sentido, não podem ser apreciadas sem uma compreensão aprofundada dos ambientes envolvidos (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O ambiente inclui os espaços que os seres humanos ocupam, os objetos que eles usam, as pessoas com quem interagem e as possibilidades e os significados existentes. Cada ambiente apresenta aspectos físicos e sociais que oferecem oportunidades e recursos potenciais, demandas e restrições, referidas como impacto ambiental, o qual pode ser para habilitar ou inativar o indivíduo. Frequentemente, o ambiente é compreendido como a dimensão crítica que poderá apoiar ou interferir na ocupação de um indivíduo (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A partir da interação dinâmica do contexto de volição (valores, causação pessoal e interesses), habituação (hábitos e papéis), capacidade de desempenho (habilidades) e

ambiente (que suporta ou dificulta a ocupação), surgem as ações, os pensamentos e as emoções ocupacionais. Os pensamentos que engendram uma ação moldam o comportamento de uma pessoa na próxima vez que esta realizar determinada ocupação e, dessa forma, fortalecem a motivação para engajar-se em ocupações significativas (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

### 1.3.5 Dimensões do fazer

De acordo com o MOH, o engajamento da pessoa em uma ocupação é compreendido como “as dimensões do fazer”, as quais se referem à participação e ao desempenho dessa ocupação. Os resultados decorrentes da participação e do desempenho são as consequências do fazer e incluem o desenvolvimento de três aspectos que estão intimamente relacionados à ocupação:

**1. Identidade Ocupacional:** refere-se ao que acontece com o indivíduo durante a sua vida como ser ocupacional. Relaciona-se à participação e, portanto, às ações de ser, com os questionamentos de “quem é” e de “quem deseja tornar-se”, e, nesse sentido, está em constante mudança (KIELHOFNER, 2008; TURPIN; IWAMA, 2010).

**2. Competência Ocupacional:** corresponde a manter um padrão de ocupação em que a participação de uma pessoa reflete na sua identidade ocupacional ou em sua capacidade de realizar essa identidade. Refere-se à capacidade da pessoa para realizar as atividades com as quais se identifica (KIELHOFNER, 2008; TURPIN; IWAMA, 2010).

**3. Adaptação Ocupacional:** definida como a construção da identidade e a competência ao longo do tempo no contexto do ambiente em que o indivíduo está inserido. A adaptação ocupacional é composta pelos elementos identidade ocupacional e competência ocupacional.

Esses conceitos podem potencialmente ilustrar transições que um indivíduo necessita experimentar em sua vida, a construção da identidade ocupacional materna é um exemplo. Dessa forma, a escolha do MOH é baseada principalmente em suas definições, sendo considerada a maternidade do filho pré-termo como um período de construção gradual do tornar-se mãe, em que os elementos do ambiente podem apoiar ou restringir esse processo.

Conhecer aspectos pessoais e ambientais das pessoas, considerando-as como seres ocupacionais faz-se importante para conhecer o envolvimento e os significados das ocupações realizadas, bem como de que maneira são desempenhadas. Além disso, supõe-se que a mãe

mude hábitos e rotinas, considerando a permanência do bebê em ambiente hospitalar e os cuidados que um filho pré-termo exige.

A experiência da maternidade no contexto de prematuridade pode demandar uma adaptação ou uma modificação de ocupações, como apresentado no MOH. Assim, é importante conhecer as ocupações que a mãe realiza de acordo com os seus desejos, se essas são significativas e/ou satisfatórias e se conseguem se adaptar à situação vivenciada apesar das restrições emergentes.

#### **1.4 Ocupação e identidade**

Christiansen (1999) foi um dos primeiros estudiosos na literatura de Terapia Ocupacional a introduzir a conexão entre ocupação e identidade pessoal e social dos indivíduos. O autor sugeriu que a participação na ocupação contribui na construção da identidade, abordando como criamos e mantemos uma identidade. Assim, as ocupações são oportunidades de expressar o *self* para criação de uma identidade.

Ao longo da vida, o indivíduo se envolve em uma gama de ocupações em constante mudança, moldando a própria identidade (CHRISTIANSEN, 2004). O desenvolvimento da identidade como resultado do engajamento ocupacional, reflete na construção e nos contextos necessários para criar vidas significativas (CHRISTIANSEN, 1999).

Christiansen (1999) observa que a identidade é construída por meio do desempenho em ocupações, em que os contextos auxiliam na criação de ocupações significativas que ajudam o indivíduo a sentir-se bem. Dessa forma, a ligação estabelecida entre o bem-estar e a ocupação, traz a suposição de que a construção de nossas identidades ocorre por meio das ocupações que são significativas para nós.

A participação em ocupações proporciona um senso de propósito e estrutura as atividades diárias, em que o relacionamento com os outros é essencial e tem uma dimensão temporal (CHRISTIANSEN, 1999). Christiansen (1999) argumenta que a relação entre participação ocupacional e identidade ocupacional é influenciada por nossos relacionamentos com os outros, pela interpretação de nossas interações e pelo desenvolvimento de uma autonarrativa, em que o indivíduo é a figura central, fornecendo significado associado à satisfação e ao bem-estar.

Christiansen (1999) propõe que a identidade é composta de autoestima e autoconceito, refletida e influenciada pela sociedade. Essas ideias iniciais constituíram-se a base para a conceituação da identidade ocupacional. A partir disso, o autor elaborou quatro proposições

teóricas e centrais sobre identidade e ocupação:

Proposição 1: Considera a identidade como um conceito abrangente que molda e é moldado pelos nossos relacionamentos com os outros. Apresenta os conceitos “autoconceito” e “autoestima” como relacionados à identidade. A identidade é uma definição composta do *self*, que inclui um aspecto interpessoal (nossos relacionamentos e papéis), um aspecto de possibilidade (quem nós devemos tornarmo-nos) e um aspecto de valores (sugere importância e fornece uma base estável para mudanças e decisões). Finalmente, identidade se refere às definições que são criadas para e sobrepostas no *self*, o qual inclui nossos sentimentos, pensamentos e sensações (CHRISTIANSEN, 1999).

Proposição 2: Descreve que as identidades estão intimamente ligadas ao que fazemos e interpretamos dessas ações no contexto das nossas relações com os outros. Nesse sentido, a identidade não ocorre fora dos relacionamentos interpessoais, as identidades são moldadas dentro de um contexto social (CHRISTIANSEN, 1999).

Proposição 3: Descreve que as identidades fornecem uma importante figura central em uma autonarrativa ou para uma história de vida que fornece coerência e significado para os eventos cotidianos e para a própria vida. Ao interpretarmos eventos, nós os avaliamos para um significado pessoal, respondendo emocionalmente a eles e partindo da compreensão de que moldam nosso comportamento e percepções de vida. As identidades são socialmente interconectadas e distribuídas, compreendidas no contexto de histórias de vida contínuas (CHRISTIANSEN, 1999).

Proposição 4: Descreve que o significado na vida é derivado no contexto de identidade e considerado elemento fundamental na promoção de bem-estar e satisfação de vida. Junto ao contexto e às interpretações, nossas identidades fornecem a extração de significado dos eventos que nós experimentamos, como também uma visão para possibilidades futuras (CHRISTIANSEN, 1999).

De um modo geral, o estudo de Christiansen (1999) define que as ocupações permitem às pessoas desenvolverem e expressarem as suas identidades. A identidade é considerada a característica central da compreensão do mundo a partir da autonarrativa em constante evolução. Ainda proporciona a continuidade que, por sua vez, permite que a vida seja compreendida de maneira mais disposta a contornar as incertezas e os estresses da vida cotidiana. Por fim, o autor argumenta que a identidade é o caminho pelo qual as pessoas, por meio das ocupações e dos relacionamentos com os outros, são capazes de emanar significado às suas vidas.

## 1.5 Ocupação, maternidade e identidade ocupacional

Gary Kielhofner ligou *ocupação e identidade*, criando o termo identidade ocupacional. O Modelo de Ocupação Humana, desenvolvido por Kielhofner (2008), demonstra que a identidade ocupacional e a competência ocupacional de uma pessoa determinam o sucesso da adaptação ocupacional.

A Competência ocupacional refere-se ao grau em que um padrão de participação é sustentado e que reflete a própria identidade ocupacional. Assim, a Identidade Ocupacional é gerada a partir da história particular de participação ocupacional, em que reflete experiências de vida acumuladas e que se organizam na compreensão de quem se era, de um senso de desejo e de uma possível direção para o futuro. A volição, a habituação e a experiência encontram-se integrados na identidade ocupacional da pessoa. Logo, a adaptação ocupacional é definida como a construção de uma identidade ocupacional e alcance da competência ocupacional ao longo do tempo, no contexto ambiental da pessoa (KIELHOFNER, 2008).

Anita Unruh (2004) é uma estudiosa que contribuiu na conceituação de identidade ocupacional, sugerindo que a identidade ocupacional é um conceito abrangente baseado em uma inter-relação com outras pessoas, envolvendo aspectos físico, afetivo, cognitivo e espiritual, e baseado nas interpretações pessoais do que nós fazemos, inseridos em uma interação com dimensões social, cultural, institucional e política do meio ambiente.

Quando as pessoas tornam-se pais, como é o caso do presente estudo envolvendo as mães, emergem padrões de comportamento que refletem aqueles associados à uma identidade ou à um status social, e que tende, portanto, a ser realizado de acordo com o que os outros esperam que seja feito no desempenho desse determinado papel. Logo, há um custo substancial na identidade pessoal daqueles que não são reconhecidos como pais (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

A identidade ocupacional baseia-se nas próprias experiências de vida acumuladas e refletidas. A identidade é desenvolvida na ideia de que cada indivíduo desenvolve um senso de quem é e de quem deseja tornar-se como um ser ocupacional. Refere-se também à maneira como as pessoas se vêem em termos de como elas desfrutam o tempo e o que fazem (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Para Taylor e Kielhofner (2017), a necessidade de mudança é motivada por alguma alteração ou perturbação ocasionada por circunstâncias internas e/ou externas que poderão contribuir em transformações na identidade do indivíduo, o que resultará na necessidade de transição ocupacional. As mudanças ocupacionais podem ser impostas às pessoas por meio de

doença ou condições de saúde, e referem-se às transformações nas ocupações como resultado das interações entre volição, habituação e capacidade de desempenho de um determinado ambiente, o que leva às alterações na dinâmica geral quando vivenciam algo novo.

Quando ocorre uma transição ocupacional, primeiramente a percepção dessas mudanças será difícil e a pessoa irá necessitar de apoio e de assistência. Nesse momento, ainda ocorre a emergência de novos pensamentos, sentimentos e comportamentos que a direciona na participação em ocupações. Somente por repetição será possível reorganizar o que se pensa, o que se sente e a maneira como se comporta, apoiados às condições ambientais. Ao repeti-los o suficiente, a volição, a habituação e a capacidade de desempenho se complementam para um novo padrão estruturado e, então, ao longo do tempo, o indivíduo acomoda-se às transformações e procura ajustá-las para uma nova organização. Entretanto, algumas mudanças ocupacionais exigem ajustes contínuos (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017), como é no caso do objeto de estudo deste trabalho.

Um dos objetivos da Terapia Ocupacional é aperfeiçoar a capacidade dos clientes em se envolverem em ocupações (TOWNSEND; POLATAJKO, 2007), há, porém, um conhecimento limitado acerca da construção da identidade ocupacional de mães de bebês pré-termos.

De acordo com Larson (2000), ser mãe constitui-se em um papel composto por inúmeras expectativas e significados. A maioria das mães considera a maternidade como um papel mais importante exercido na vida (AVRECH BAR; LABOCK-GAL; JARUS, 2011). Para algumas mães, o ato de cuidar e estar com o filho em domicílio, gera satisfação, tornando o cuidado de um bebê pré-termo, mais apazível, quando esse é realizado em casa (FROTA et al., 2013).

No entanto, a transição para a maternidade ocorre de maneira desafiadora, dinâmica e exige uma nova maneira de estruturar as rotinas, que demandam agora proteção, nutrição e educação de crianças (ESDAILE; FARREL; OLSON, 2004). Horne, Corr e Earle (2005), exploraram mudanças na vida ocupacional de seis mães primíparas. O estudo evidencia que as novas mães passam por um período de perturbação e de desequilíbrio ocupacional antes de se adaptarem à maternidade por meio de atividades, de tarefas e, finalmente, de ocupações, que contribuem para a formação de sua identidade. Ao longo do tempo, as ocupações tornam-se parte de suas rotinas e hábitos, resultando em ocupações intensamente significativas.

Na vida ocupacional se evidencia o envolvimento das mães em atividades que as autorizam assumir o papel materno, em oposição às atividades que escolhem envolver-se. É evidente, portanto, um processo diário de mudanças vivenciadas ao se adaptarem à

maternidade. Dessa forma, por exemplo, atividades de lazer que ocorriam fora de casa ou que excluam o bebê têm menor probabilidade de envolvimento uma vez que se tornaram mães (HORNE; CORR; EARLE, 2005).

Para Esdaile, Farrel e Olson (2004), tornar-se mãe representa uma magnitude de mudança de papel, particularmente para mães primíparas, as quais podem sentir-se deslocadas no enfrentamento de dificuldades para negociação de uma identidade entre a maternidade pré e pós-natal.

Estudos na área da Terapia Ocupacional que contemplam a maternidade encontram-se em crescente avanço. No final da década de 1990, Francis-Connolly (1998) apresentou um estudo destacando a pouca compreensão da ocupação da maternidade e como ela muda e evolui no decorrer do curso de vida. A autora evidencia que as pesquisas têm se concentrado em como uma criança influencia o casal, com pouca exploração da experiência materna. Ainda identifica que a literatura em Terapia Ocupacional tem publicações envolvendo a maternidade no contexto de doença e da incapacidade, sem fundamentalmente obter uma perspectiva das atividades diárias realizadas pela mãe.

O engajamento em ocupações acontece por diversas razões e as pessoas tendem a engajar-se em ocupações significativas. O significado está relacionado à nossa mente e dá luz as nossas próprias experiências, é transmitido aos outros essencialmente pelo que é feito e falado. Nesse sentido, a relação entre significado e ocupação encontra-se intrinsecamente entrelaçada pelo que acreditamos, pelo que somos e como nos referimos ao ambiente externo a partir da ocupação (POLATAJKO et al., 2007).

A Terapia Ocupacional tem um papel emergente na prestação de serviços destinados aos bebês pré-termos e às suas famílias (VERGARA et al., 2006). Dunbar e Roberts (2006), terapeutas ocupacionais, têm abordado o impacto do nascimento pré-termo na vida de uma mãe.

De acordo com Matsuo (2016), no Brasil, os serviços de Terapia Ocupacional em unidades neonatais ainda é um campo em expansão, visto que o profissional não é reconhecido como membro da equipe essencial. Em relação às produções brasileiras em Terapia Ocupacional, na área de neonatologia, a maior parte dos estudos concentra-se na intervenção com a família, seguido da intervenção direta com o bebê e, por fim, da intervenção plena (MATSUO, 2016).

Para Gibbs, Boshoff e Stanley (2016), experiências de mães de bebês pré-termos têm sido objeto de uma quantidade significativa de pesquisas nas últimas décadas. Os autores ressaltam uma predominância na literatura de enfermagem em relação ao impacto do tornar-se

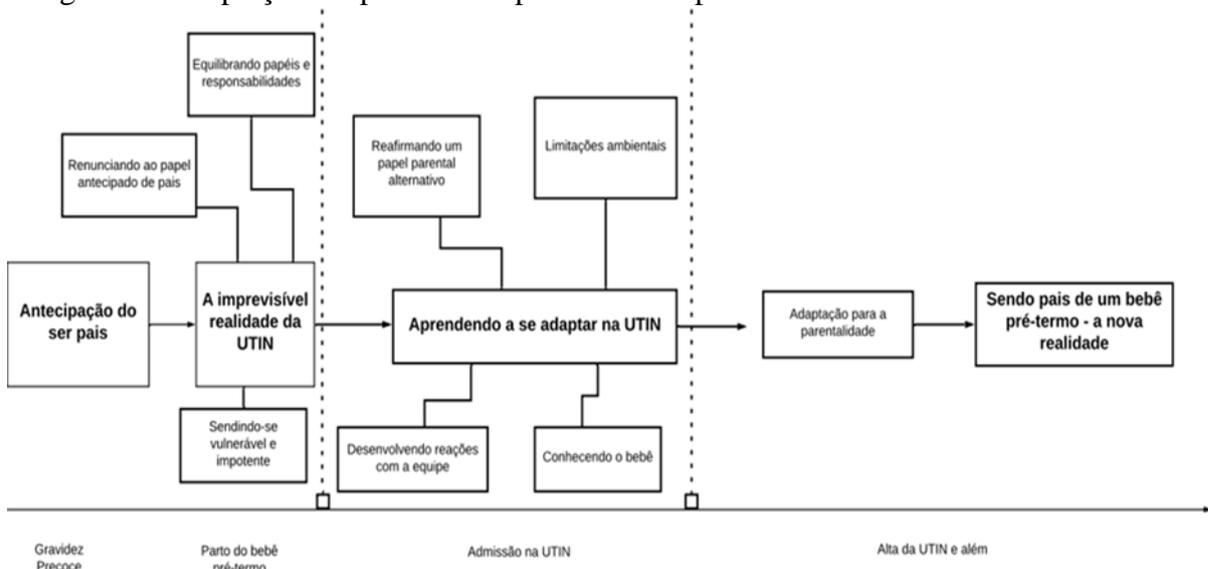
pai de um bebê pré-termo. No entanto, apesar do aumento dos estudos sob essa perspectiva, há limitada exploração acerca das ocupações de pais de filhos pré-termos.

No estudo realizado por Vrkljan e Polger (2007), foi evidenciado que em situações em que um indivíduo é limitado em sua capacidade de participar em ocupações significativas e familiares e que sustentam o processo de adaptação ocupacional, é necessária a reconstrução de sua identidade ocupacional. Nesse sentido, o desenvolvimento em ocupações dentro de uma UTIN demanda um processo de adaptação desses pais, o qual é um conceito-chave na Terapia Ocupacional (PARSONS; STANLEY, 2008).

Em uma síntese meta-etnográfica, Gibbs, Boshoff e Stanley (2015) exploraram experiências em uma UTIN que permitiam a participação das mães em ocupações. Identificaram que há uma limitada exploração do conceito de paternidade como ocupação e como maneira de apoiar o engajamento dos pais. Os temas emergidos da análise, relacionados à experiência de acompanhar o filho na UTIN, foram 1) abandonar o papel imaginado de pais e 2) perda de ocupações previstas.

Pais vivenciam uma perturbação ocupacional e subsequente impacto da identidade após o nascimento pré-termo, sentem-se vulneráveis e impotentes, o ambiente tem uma influência significativa sobre o envolvimento em ocupações. Nesse período, os pais iniciam o processo de adaptação ocupacional por meio da exploração e da participação em ocupações. Os pais realizam um processo de adaptação ocupacional enquanto desenvolvem suas ocupações (GIBBS; BOSHOFF; STANLEY, 2015), conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Adaptação ocupacional de pais de bebês pré-termos durante admissão em UTIN



Fonte: Gibbs; Boshoff; Stanley (2015, p. 482, tradução nossa).

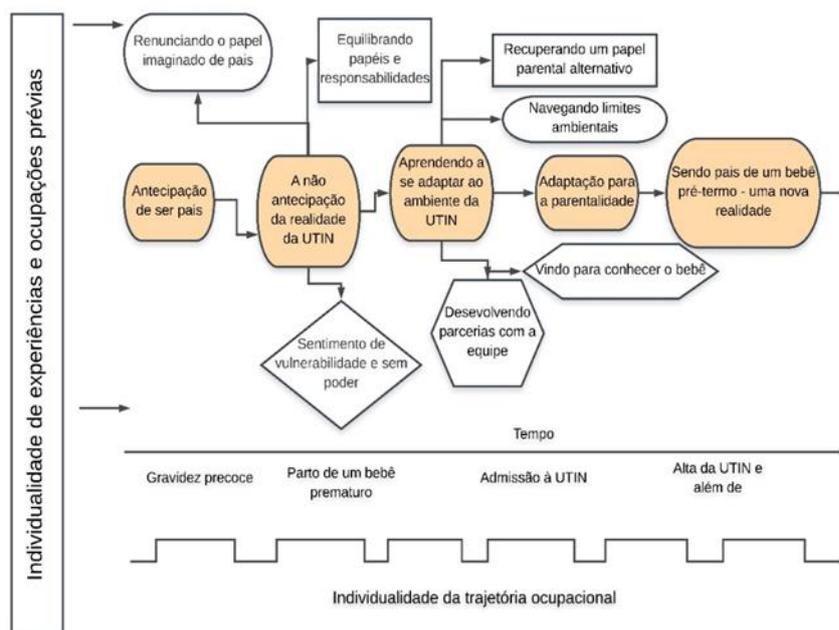
Os achados do estudo de Gibbs, Boshoff e Stanley (2015) ilustram a trajetória ocupacional vivenciada pelos pais de bebês pré-termos. Os dados apontam que ter um bebê pré-termo admitido na UTIN gera um impacto significativo no desenvolvimento das ocupações parentais, sendo que as identidades antecipadas como pais, desenvolvidas durante a gravidez, são imediatamente rompidas devido à prematuridade do filho. Os resultados demonstram a ressonância entre engajamento ocupacional significativo e a construção da identidade ocupacional.

Oportunidades para engajamento dos pais em ocupações que sejam significativas para os mesmos são necessárias para apoiá-los na adaptação ocupacional. Gibbs, Boshoff e Stanley (2015) indicam que o envolvimento dos pais na UTIN, a partir de uma perspectiva centrada na ocupação, fornece aos profissionais uma nova e abrangente compreensão do processo de adaptação ocupacional de pais de bebês pré-termos.

De acordo com Gibbs (2011), há limitada exploração do conceito de parentalidade como ocupação. A tese de doutorado da autora explora quais ocupações parentais são significativas para os pais e maneiras de apoiar o processo de adaptação à parentalidade de um bebê pré-termo.

O modelo teórico apresentado na Figura 4 foi desenvolvido no estudo de Gibbs (2011) para demonstrar a trajetória da ruptura e da adaptação ocupacional experimentada pelos pais de bebês pré-termos.

Figura 4 - Adaptação Ocupacional de pais de um bebê prematuro



Fonte: Gibbs (2011, p. 246, tradução nossa).

Para mães de bebês pré-termos, mudanças podem ocorrer devido às circunstâncias e às interrupções do engajamento em ocupações, o que poderá impactar na construção da identidade ocupacional como mães (GIBBS, 2011).

Diante do exposto, a presente tese contribui com a identificação de fatores que possam interferir a construção da identidade ocupacional materna de mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar, para o incentivo à melhora da qualidade do atendimento materno-infantil e para a intensificação da compreensão de como as mães respondem a essas situações.

Considerando a situação apresentada, dois questionamentos nortearam este estudo: 1) Quais as ocupações que as mães desempenham no período de internação do bebê e após a alta hospitalar? e 2) Quais são as atividades referentes à ocupação da maternidade consideradas significativas e satisfatórias, na percepção da mãe, no período de internação do bebê e após a alta hospitalar?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar as ocupações de mães de bebês pré-termos na internação, uma semana e um mês pós-alta, e a percepção dessas mães sobre o processo de construção da identidade ocupacional materna.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mães participantes e de seus bebês;
- Identificar as ocupações da maternidade na percepção das mães;
- Identificar as ocupações da maternidade consideradas significativas e satisfatórias na percepção das mães.

### **3 MÉTODO**

Neste capítulo será apresentada a trajetória metodológica utilizada nesta pesquisa. Será referido: 1) Tipo de estudo, 2) Participantes, com os critérios de participação e de exclusão, 3) Cenário do estudo, 4) Instrumentos para a coleta de dados e 5) Procedimentos.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo (GIL, 2010) e de abordagem qualitativa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013). Segundo Minayo (2014), o trabalho de campo na pesquisa qualitativa permite aproximação com aquilo que se deseja estudar, bem como provocar o conhecimento acerca da realidade que será investigada. O método qualitativo difere do quantitativo por não se restringir aos instrumentos estatísticos, como também pela forma de coleta e pela análise mais detalhada dos dados. Preocupa-se em analisar e interpretar aspectos em profundidade, descrevendo a complexidade do comportamento humano (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Neste estudo, o delineamento metodológico qualitativo busca refletir, com maior profundidade, os resultados qualitativos e identificar aspectos subjetivos, na perspectiva das participantes, acerca do processo de tornar-se mãe no contexto da prematuridade, hospitalização e pós-alta, a partir das ocupações realizadas por essas mães.

As pesquisas exploratórias, de acordo com Gil (2010), objetivam proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito e flexível, considerando os diversos aspectos relacionados ao fato ou ao fenômeno estudado.

#### **3.2 Participantes**

Participaram deste estudo nove mães puérperas, primíparas e multíparas, que tiveram o diagnóstico de gravidez de risco, cujos recém-nascidos pré-termos foram admitidos à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) devido à condição de prematuridade e às complicações associadas e que, em seguida, foram transferidos para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), local deste estudo. A opção de este estudo ser realizado com mães decorre de estas serem as cuidadoras principais de bebês pré-termos (FONSECA; MARCON, 2011; BOTÊLHO et al., 2012; CARTAXO et al., 2014).

Por se tratar de um estudo qualitativo, não houve definição prévia do número de

participantes da pesquisa. Assim, a seleção das participantes seguiu o critério de amostragem não probabilística, selecionada por conveniência.

### 3.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão para a participação no estudo

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados para a participação neste estudo:

- Mães com idade igual ou superior a 18 anos;
- Mães de recém-nascidos pré-termos, clinicamente estáveis, com até 37 semanas de idade gestacional;
- Mães de bebês pré-termos que permaneceram em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) por um período mínimo de uma semana.

Os critérios de exclusão das mães foram:

- Mães de recém-nascidos com malformações congênitas fetais, com síndromes congênitas e que tenham sofrido anóxia neonatal;
- Mães com qualquer diagnóstico no nível de saúde física ou mental que poderia limitar a compreensão ou participação no estudo.

### 3.3 Cenário do estudo

A primeira etapa da coleta de dados da pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) de uma instituição hospitalar localizada no interior do estado de São Paulo. A UCIN é configurada como área repleta de processos que mesclam tecnologia e humanização, local destinado à internação de bebês egressos da UTIN, que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferenciada disponível nesse ambiente, por exemplo, aqueles que ainda permanecem em incubadoras com oxigênio suplementar.

A segunda e a terceira etapas da coleta ocorreram após a alta hospitalar, na espera para a consulta multiprofissional, realizada no Ambulatório de Seguimento de Alto Risco, localizado na mesma instituição.

#### 3.3.1 Local de coleta

O estudo foi realizado em uma instituição filantrópica, localizada no interior do estado

de São Paulo, considerada de caráter assistencial e beneficente, a qual faz parte da rede Hospital Estruturante, instituído pelo governo do Estado de São Paulo, que referencia os atendimentos de alta complexidade na região e o atendimento de gestações caracterizadas de alto risco. As informações aqui apresentadas foram obtidas por meio de dados abertos disponibilizados no sítio eletrônico da instituição, no ano de 2017.

A instituição referida oferece atendimento a procedentes do município, bem como de seis cidades adjacentes. Classificada como instituição de médio porte que, em média, oferece assistência mensal a 350 mulheres com histórico de parto cesáreo ou normal. A instituição aderiu ao programa Rede Cegonha, na busca por qualidade ao parto e ao nascimento, por meio de um cuidado integral e humanizado.

Esse programa assegura assistência obstétrica às mulheres e oferece atenção humanizada durante o período da gravidez, parto e puerpério. Além disso, a instituição está iniciando a implementação de projetos que atendem aos preceitos do programa, incluindo a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), unidade de cuidado peri-hospitalar que promove acolhimento, orientação, cuidado e acompanhamento.

A instituição configura-se como um ambiente especializado na assistência à saúde da mulher e ao recém-nascido, com atendimentos prestados à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) ou particular, proveniente de convênios.

Dentre as especialidades clínicas da instituição, o serviço de neonatologia é composto pela Unidade Neonatal. A assistência completa ao recém-nascido pré-termo é realizada em dois ambientes: a UTIN e a UCIN. Como informações complementares, na UTIN, local composto por seis leitos neonatais, encontram-se bebês pré-termos ou a termos que necessitam de cuidados intensivos e contínuos, oferecendo recursos necessários para o suporte às funções vitais dos bebês.

A UTIN tem regras restritas de visitação. Os horários de visita acontecem em dois períodos durante os dias da semana: pela manhã às 11h30 e pela tarde às 16h30; já aos finais de semana as visitas são permitidas durante a tarde, a partir das 16h. O tempo de permanência para cada visita é de 30 minutos, sendo permitida a presença de, no máximo, duas pessoas simultaneamente. Vale ressaltar que as visitas são, preferencialmente, reservadas aos parentes diretos, pais e avós.

A UCIN, conhecida como unidade de médio risco, atende bebês que necessitam de cuidados de média complexidade, destinada aos bebês internados, pré-termos ou não, que permanecem prioritariamente para ganho de peso e, em alguns casos, para a estabilização de funções clínicas, por exemplo, bebês cardiopatas que nasceram a termo e necessitam de

monitoração.

O ambiente é composto por nove leitos, cujos bebês nascidos prematuramente ou a termo encontravam-se internados, em condições clínicas estáveis, e que demandavam observação da equipe por apresentarem desconforto respiratório leve, necessidade de medicação, de ganho de peso ou outras, bem como de acompanhamento dos pais nos cuidados básicos com os bebês.

De acordo com o banco de dados da coordenação da UCIN, acessado pela pesquisadora, a média de permanência ou tempo de internação dos bebês entre janeiro e agosto de 2017 foi de dezesseis dias. Essa informação foi relevante para a presente pesquisa, pois foi possível determinar um período de tempo mínimo para o registro do instrumento Diário de Ocupações, estabelecido para dois dias úteis e o sábado, considerando pelo menos uma semana de vivência na UCIN para que as participantes pudessem registrar as ocupações realizadas.

Na UCIN, os pais têm livre acesso e são incentivados a participar dos cuidados com o bebê pré-termo, relacionadas à higiene como troca de fraldas e roupas, banho na incubadora, banho de imersão e à amamentação no peito, à alimentação por gavagem, à alimentação no copinho e à administração de medicações, recebendo orientações referentes a esse cuidado. Ainda há a possibilidade dos pais acompanharem a pesagem do bebê e os demais procedimentos de rotina como transfusão de sangue, exames de ultrassom, entre outras demandas durante o período de internação.

### 3.3.1.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN)

Informações referentes à caracterização da UCIN foram obtidas e registradas pela pesquisadora a partir do contato com a enfermeira responsável, referentes à estrutura física do berçário e à dinâmica da UCIN.

#### 3.3.1.1.1 Estrutura Física da UCIN

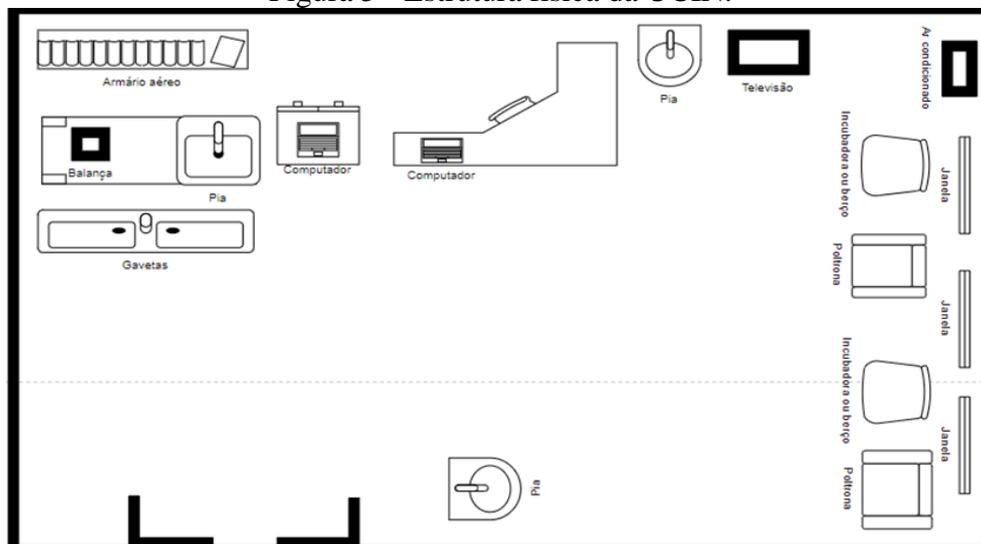
Quanto à estrutura física, o ambiente físico da UCIN é composto por nove leitos (incubadoras aquecidas ou berços em acrílico). O espaço possui incubadoras ou berços em acrílico, suporte para a acomodação de fraldas, de roupas e de outros utensílios trazidos pela mãe e que venham a ser utilizados pelo bebê; há, também, uma poltrona reclinável. Na parte superior das paredes, há nove janelas do tipo basculante. Ainda, encontra-se um bebedouro, uma televisão, um rádio e duas pias para a higienização das mãos.

Ao lado de cada incubadora/berço do bebê, há uma placa de leito para a identificação da mãe e do filho, constituída pelo nome do paciente (bebê), número do leito, nome da mãe, data de nascimento, sexo, número de atendimento e monitoração de riscos assistenciais. Esses últimos são marcados com um “X” em caso afirmativo para: risco de lesão por pressão; risco de flebite; risco de aspiração; alergia e jejum. Além disso, o bebê faz uso de uma pulseira de identificação.

Anterior à entrada na UCIN, na direção esquerda, há um banheiro com espaço para banho destinado às mães e aos acompanhantes e, ao lado, a sala de Expurgo (desinfecção das incubadoras e eliminação dos aventais utilizados pelas mães e pelos acompanhantes), local restrito à equipe. No lado direito, encontra-se um armário para que sejam guardados os pertences das mães e dos acompanhantes; ao lado, há um banheiro destinado aos funcionários da Unidade.

A seguir apresenta-se a estrutura física da UCIN, representada pela Figura 5. A imagem representa o espaço de coleta de dados, ressalta-se que a Unidade é composta por 9 incubadoras ou berços.

Figura 5 - Estrutura física da UCIN.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

A entrada da UCIN é por meio de uma porta de vidro, de abertura horizontal, que oferece acesso ao interior da Unidade. Em frente à entrada da UCIN, é possível observar dois balcões destinados à prescrição médica e às evoluções dos prontuários, com um computador e uma cadeira cada.

À esquerda, há um espaço para rouparia, utilizado pelas técnicas de enfermagem. Ao

lado há um espaço para medicações, para exercer os cuidados do bebê (banho, troca de fralda e pesagem do bebê), dentre outros procedimentos realizados pela equipe. Esse espaço é composto por uma bancada seca para apoio com uma cuba para o processo do banho e higienização do bebê, em que é utilizado sabonete líquido neutro. Além disso, há um espaço para a troca dos bebês, um colchonete para acomodá-los, uma balança e um equipamento para medir a estatura dos bebês.

As gavetas localizadas abaixo do balcão são utilizadas para armazenar sacos de tecido para hamper (para transportar roupas sujas, infectadas e contaminadas sem ter contato com outros ambientes) como fraldas, cueiros, aventais (utilizados pelas mães, pais e acompanhantes) e cobertores. No armário suspenso ficavam as pastas dos recém-nascidos, luvas em látex, coletor descarbox, algodão e, no chão, dois cestos de lixo com tampa de pedal, um destinado ao material infectante e outro ao resíduo comum.

A iluminação da UCIN é fluorescente, com janelas lacradas e sistema de ar-condicionado com controle de temperatura (mantida entre 23 e 24°C). A distância mínima entre os leitos é cerca de 1,20m, possibilitando fácil acesso de equipamentos e dispendo de espaço para a poltrona reclinável.

#### 3.3.1.1.2 Dinâmica da UCIN

Quanto à dinâmica do serviço, a pesagem dos bebês internados ocorre às 20h e a lista dos bebês com os respectivos pesos atualizados é disponibilizada diariamente no balcão, localizado na entrada da UCIN, facilitando o acesso às informações pelos profissionais e pelas mães.

Ainda é importante compartilhar duas ações realizadas na UCIN a fim de contribuir para o desenvolvimento dos bebês pré-termos: é realizado o momento “psiu”, que ocorre em dois períodos do dia com duração de uma hora cada: à tarde, entre às 13h30 e 14h30, e à noite, entre às 1h30 e 2h30, quando capas são colocadas na incubadora para evitar a luminosidade.

Como a mãe pode permanecer junto ao bebê no período diurno e/ou noturno, a instituição oferece as seguintes refeições às mães: café da manhã, almoço, lanche da tarde e a janta, com horários pré-determinados e que devem ser respeitados.

A assistência às mães e aos bebês internados na UCIN é prestada por uma equipe multiprofissional composta pelos seguintes especialistas: médico pediatra, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e

fisioterapeuta. Também atuam estagiários dos cursos de graduação em Medicina e em Enfermagem das universidades pública e privadas do município. O TO não compõe a equipe.

Dentre os exames, as consultas e os serviços oferecidos pela instituição, destacam-se: teste do pezinho, teste da orelhinha, ultrassom de crânio, avaliação neurológica, teste do olhinho (reflexo vermelho), ecocardiograma e avaliação de outras especialidades, por exemplo, exame realizado pelo retinólogo, bem como as vacinas (BCG, Hepatite B, DTPA), além da Palivizumabe, medicamento indicado contra a infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Na escala oficial de profissionais, há a presença constante de duas técnicas de enfermagem em cada turno do dia, além de uma enfermeira por plantão. O trabalho desenvolvido pelas técnicas de enfermagem é dividido conforme o número de bebês internados. Essas profissionais são responsáveis pela administração de medicações e monitoração dos sinais vitais e, na ausência da mãe, pelos cuidados com o bebê.

A enfermeira plantonista supervisiona as técnicas de enfermagem e assume as atividades vinculadas à sistematização da assistência de enfermagem, os encaminhamentos das solicitações de exames, a realização de procedimentos complexos (por exemplo, passagem de cateter central de inserção periférica), tal como o auxílio e o atendimento às paradas respiratórias e cardiorrespiratórias.

As informações acerca da evolução clínica e dos resultados de exames dos bebês são transmitidas aos pais pelo médico plantonista da pediatria. A visita do médico ocorre no período da manhã, acompanhado dos alunos estagiários do curso de graduação em Medicina.

É garantido o livre acesso dos pais durante todo o período de internação da UCIN, 24 horas por dia para todos os casos. A garantia de permanecer junto ao filho em período integral está de acordo com o Artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 e com a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a assistência humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. A permanência com os filhos e o contato diário é incentivado pelos profissionais da instituição com o propósito de facilitar o fortalecimento do vínculo e permite a aprendizagem referente aos cuidados prestados ao bebê.

Na UCIN, a mãe permanece como acompanhante do filho e o pai tem acesso livre. As visitas dos familiares são liberadas uma vez ao dia e são acompanhadas pela mãe ou pelo pai. É permitido adentrar na unidade, na companhia da mãe, outros familiares (pais, avós, tios) e, caso seja requerido, ainda é possível a visita do irmão (criança) mediante autorização da responsável pela unidade, ou seja, pela enfermeira chefe.

Quanto à rotina hospitalar da mãe junto ao bebê na UCIN, na situação de internação pós UTIN, a equipe explica algumas rotinas da unidade, como o horário de visitas, as documentações necessárias para registro do bebê, o horário e local das refeições fornecidas pelo hospital e sobre o controle de infecção hospitalar (cuidados ao entrar ou ao sair da Unidade). Ainda é identificado junto à assistente social se há a necessidade de apoio financeiro para transporte, a fim de facilitar a visita da mãe ao filho.

Devido à condição clínica, o bebê que está na UCIN poderá permanecer por alguns dias na incubadora ou já ser transferido para o berço de acrílico. Ele permanece com o seu polvo de crochê, que o acompanhou durante o período em que esteve internado na UTIN. Após receberem alta hospitalar, as mães dos bebês podem levar o polvo de crochê para casa.

De acordo com a equipe, a ideia é que os tentáculos do polvo se assemelham ao cordão umbilical e essa semelhança causa nos bebês a sensação de segurança parecida à do útero materno, minimizando o impacto da transição que o recém-nascido sofre ao nascer. A iniciativa da confecção de polvos de crochê<sup>3</sup> surgiu em 2013, na Dinamarca, a partir do projeto *Octo Project* (“Projeto Polvo”) com o propósito de garantir conforto e melhora no desenvolvimento de bebês pré-termos em internação hospitalar (MOURA; LINS; SORIANO, 2018).

Com a estabilização respiratória do bebê ou ao atingir o peso de 1.800g, é informado às mães que, após autorização médica, o filho irá da incubadora para o berço, momento ainda que poderá iniciar o oferecimento do seio materno. Além disso, a mãe recebe a permissão para trazer peças de roupas do bebê e é orientada pela técnica de enfermagem a lavá-las previamente com sabão de coco ou neutro.

Dentre as orientações realizadas às mães, todos acompanhados pela equipe, destaca-se oferecer o leite pela administração na sonda ou pelo copo e/ou o peito em intervalos de 3/3h, contato pele a pele. O banho na incubadora ou de imersão, especificamente, é demonstrado pela técnica de enfermagem e ocorrem no período matutino, conforme rotina da instituição. Outras atividades como amamentação, troca de fralda e cuidados em geral são demonstrados ao longo do dia na presença da mãe/pai.

A mãe que desejar permanecer na UCIN durante a noite poderá dormir na poltrona reclinável localizada ao lado da incubadora/berço do filho. Ainda, na instituição há um Banco de Leite Humano, oferecido às mães dos bebês internados na UCIN que dirigem-se a esse espaço em horários pré-definidos para realizar a extração do leite, a fim de ofertar ao filho,

<sup>3</sup> Os polvos de crochê são colocados dentro da incubadora, junto aos bebês prematuros, onde os tentáculos do polvo remetem o bebê ao útero materno.

podendo estocar ou doar. A ida a esse ambiente é sempre estimulada pela equipe e por funcionárias do Banco de Leite, considerado um lugar de apoio, de incentivo e de estímulo ao aleitamento materno, onde são oferecidas orientações relacionadas ao autocuidado com a mama puerperal e com a ordenha mamária.

O processo da alta da UCIN inicia-se quando o bebê atinge o peso mínimo de 2kg e apresenta estabilidade clínica. Ao perceber que a mãe apresenta ou relata insegurança para realizar os cuidados com o bebê, a equipe de enfermagem solicita ao médico que a alta seja adiada. Isso é acordado entre a equipe com o intuito de solidificar e intensificar o preparo da mãe, ainda em ambiente hospitalar, a fim de facilitar os cuidados após a internação do filho.

A orientação para a alta, oferecida pela equipe da UCIN, complementa-se com o oferecimento aos pais de uma cartilha construída pelo serviço de enfermagem, na qual constam orientações referentes ao cuidado com o filho, como alimentação, procedimentos diante da ocorrência de cólicas, bem como orientações sobre questões relacionadas à estimulação e ao desenvolvimento do bebê, higiene, seguimento para vacinação etc.

Ainda são fornecidas orientações quanto ao serviço de seguimento do pré-termo, prescrições de medicamentos, de vitaminas e de alimentação. Os pais recebem a Carteira de Saúde da criança, os exames realizados, além do histórico do filho desde a internação na maternidade, tanto da UTIN quanto da UCIN. Também é entregue aos pais uma prescrição médica para alívio das cólicas abdominais e da febre.

No processo de alta, quando o bebê alcança condição clínica estável entre a transição da UCIN para o domicílio, as mães, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e os respectivos filhos são encaminhados ao Serviço de Acompanhamento e Intervenção Neonatal Precoce em Bebês de Alto Risco, pertencente ao Ambulatório de Seguimento de Alto Risco, também conhecido como *follow-up*. Este ambulatório localiza-se na mesma instituição em que o bebê permaneceu internado. Mães que têm convênio são orientadas quanto ao acompanhamento do desenvolvimento infantil do bebê em consultas mensais com pediatras da mesma instituição.

Após a caracterização da UCIN, é importante contextualizar o outro local de coleta de dados: o ambulatório de seguimento dos bebês egressos da UCIN. Os bebês são acompanhados nesse ambulatório até completarem dois anos de vida. As consultas são mensais, sendo que a primeira delas ocorre uma semana após a alta da UCIN, com o objetivo de identificar fatores de risco para o desenvolvimento e de oferecer assistência ambulatorial à família.

O Ambulatório Materno-Infantil de Alto Risco foi inaugurado em 2017 a fim de unir

atendimentos às gestantes, como também aos bebês de alto risco, permitindo uma atenção qualificada para o atendimento de forma integral e contínua. O espaço fica instalado no térreo da instituição e conta com nove ambientes que compõem salas para exame de ultrassom, consulta médica e de enfermagem, sala de fisioterapia, sala de espera e uma área livre.

Nesse serviço, os bebês pré-termos egressos da UCIN recebem no mesmo dia de sua chegada acompanhamento e orientações do médico pediatra, do enfermeiro e do fisioterapeuta, em que as consultas consistem na avaliação do estado clínico e do desenvolvimento infantil, respectivamente. Os retornos são sempre agendados durante as consultas. Vale ressaltar que, quando necessário, os bebês que apresentam alguma alteração são encaminhados pela equipe médica para atendimentos especializados realizados na mesma instituição onde se localiza o ambulatório ou em instituições nos municípios onde as mães residem, voltadas às demandas específicas.

### **3.4 Instrumentos para coleta dos dados**

Foram mobilizados como instrumentos para a coleta de dados deste estudo: Ficha de Identificação, Diário de Ocupações e Entrevista Semiestruturada, conforme apresentados a seguir.

#### **3.4.1 Ficha de Identificação**

A Ficha de Identificação foi elaborada pela pesquisadora com o propósito de caracterizar a amostra. O instrumento é composto por 16 itens relacionados às mães participantes e por 12 itens relacionados ao bebê, ambos referentes a dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice I). A Ficha de Identificação foi completada no primeiro encontro com a participante. Já na segunda e na terceira etapa deste estudo esse instrumento foi utilizado para atualizar os dados do bebê relacionados à idade e ao peso.

#### **3.4.2 Diário de Ocupações**

O Diário de Ocupações (Apêndice IV) foi utilizado com o intuito de identificar as ocupações realizadas pelas participantes. O instrumento é similar ao utilizado no estudo de Martins (2017), elaborado a fim de obter atividades realizadas por gestantes adolescentes em uma semana típica. Na referida pesquisa, o Diário assemelha-se a uma agenda semanal,

constituído por um quadro dividido nos sete dias da semana, contendo o período de 24 horas e os respectivos períodos do dia (manhã, tarde, noite e madrugada).

Para o presente estudo, o Diário de Ocupações foi adaptado em relação à escolha da quantidade de dias da semana e final de semana, além do período em que seria realizado os registros das ocupações desempenhadas pelas interlocutoras de pesquisa durante a rotina diária. Conforme Timmermans (2000), o tempo máximo de aplicação de um diário deve ser de dois dias, pois, após esse período, os participantes não se sentem estimulados a preencher o instrumento, aumentando a ausência de respostas e/ou dados inconsistentes.

Por outro lado, estudos mostram que o ideal seria um período maior em dias diferentes, incluindo o final de semana, de modo a se obter um padrão de atividades mais próximo à realidade. Autores consideram que o preenchimento de apenas dois dias poderia não capturar eventuais atividades que poderiam ocorrer (LOCKWOOD; SRINIVASAN; BHAT, 2004; HUSTON; ARONSON, 2005).

Assim, para o presente estudo, designou-se três dias de preenchimento do diário: dois dias úteis consecutivos da semana a critério da participante (podendo ser segunda e terça; terça e quarta; quarta e quinta ou quinta e sexta); e o sábado como dia específico referente ao final de semana, presumindo eventuais mudanças das atividades durante os períodos pré-estabelecidos e em contextos distintos (UCIN e ambiente domiciliar).

Os Diários de Ocupações foram entregues às mães participantes em três momentos:

1. Próximo à última semana de internação do bebê, para que o registro ocorresse na última semana de internação do filho;
2. Alta, para que o registro ocorresse na primeira semana após a alta do filho;
3. Ao término da segunda etapa deste estudo, para que o registro ocorresse na semana em que completaria um mês da alta do filho.

Foi solicitado às interlocutoras que descrevessem as atividades realizadas no período entre às 6h (manhã do primeiro dia) e às 4h (madrugada do próximo dia), registrando-as em intervalos de duas em duas horas. Foi orientado que no período de descanso noturno a mãe poderia preencher o instrumento de forma recordatória.

Assim, o diário deveria ser preenchido pelas participantes na própria instituição na primeira etapa deste estudo e, nas outras etapas, em suas residências. Cada mãe participante ficou responsável por preencher o instrumento de próprio punho.

A descrição das atividades do diário foi padronizada nos três dias de registro. Após, para organizar as atividades descritas e mencionadas no diário, a pesquisadora ficou responsável por ler cada atividade em voz alta, a fim de validar com as participantes se foram

aquelas atividades realizadas, se havia outras não registradas e se gostariam de acrescentar informações que considerassem relevantes. Em resposta afirmativa, as atividades acrescidas seriam anotadas. Essa verificação era realizada após cada etapa.

Logo após, solicitava-se à participante que mencionasse quais das atividades descritas ela considerava como atividades relacionadas à maternidade, ou seja, atividades relacionadas ao cuidado com o filho pré-termo realizadas no curso do dia/noite. Por fim, as atividades maternas eram codificadas pela participante ou pela pesquisadora, conforme pedido da mãe, por meio de um “X”, desenhado ao lado de cada atividade mencionada.

Adotou-se a classificação ocupação da maternidade<sup>4</sup> com o objetivo de contemplar as atividades específicas da maternidade percebidas pelas mães no contexto de nascimento pré-termo. No Diário de Ocupações ainda foi requerido que a participante registrasse todas as atividades realizadas. Essas solicitações eram descritas em uma folha entregue junto ao diário, intitulada “Instruções de Preenchimento” (Apêndice IV), sendo orientado às mães que anotassem todas as atividades realizadas durante o dia, com informações sobre o local onde essa atividade foi realizada, na companhia de quais pessoas, bem como outras informações pertinentes. Continha, ainda, a informação de que uma atividade poderia ser qualquer coisa que a participante fizesse, desde falar com alguém até cozinhar ou tomar banho.

### 3.4.3 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada (Apêndice II) foi elaborada pela pesquisadora. O roteiro de entrevista semiestruturada possibilitou o estabelecimento de uma comunicação verbal que, por sua vez, como proposto por Minayo (2014), permite a compreensão dos fenômenos a serem estudados. A entrevista semiestruturada é composta por uma série de perguntas abertas, realizadas verbalmente em uma ordem prevista, momento em que, porém, o entrevistador pode acrescentar questões de esclarecimento (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada desenvolvido especificamente para este estudo, composto por cinco questões norteadoras que contemplavam a vivência da maternidade, as atividades maternas mais significativas e as mais satisfatórias na percepção da mãe participante, como também as atividades que gostariam de realizar. Por se tratar de uma entrevista semiestruturada, as questões foram apenas norteadoras, podendo surgir novas questões durante a utilização do instrumento, extrapolando, portanto, o roteiro inicial. Vale

<sup>4</sup> Usaremos o termo ocupação da maternidade para designar as ações de cuidado e de interação relacionadas à maternagem.

ressaltar que a entrevista oferecia e favorecia espaço para que a mãe discorresse livremente acerca da maternidade.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade materna e realizadas em único encontro com duração média de 15 minutos cada, entre março e setembro de 2018, em dois momentos: na UCIN e no Ambulatório de Seguimento de Alto Risco, ambos em salas tranquilas disponibilizadas pela equipe, livres de ruídos e de interferências. As entrevistas foram realizadas em um único encontro com duração média de 15 minutos cada e foram realizadas no período de março a setembro de 2018.

#### 3.4.4 Processo de Validação dos Instrumentos

Anterior ao início da coleta de dados definitiva, os instrumentos foram apresentados pela pesquisadora ao Grupo de Estudos em Contextos Hospitalares, do qual faz parte. O grupo é composto por acadêmicos, mestrandos e doutorandos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que desenvolvem pesquisas no âmbito hospitalar.

A versão final dos instrumentos foi obtida após o processo de avaliação envolvendo os participantes do grupo, dentre eles, dois docentes do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, um TO atuante na área, dois doutorandos em processo de finalização da tese e três mestrandos, todos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Neste momento, foram propostas modificações no instrumento até a sua validação definitiva.

No Diário de Ocupações houve alterações quanto ao espaço disponibilizado para o registro das atividades, uma vez compreendido que, no momento da internação, o instrumento permaneceria em ambiente hospitalar e que, por sua vez, no retorno ao domicílio, o Diário deveria ser levado para dar continuidade ao preenchimento.

Na entrevista semiestruturada, ainda ponderou-se o conteúdo das questões, quando também acrescentada uma questão dissertativa acerca da vivência da maternidade, a fim de aprofundar a captação das informações referentes ao objeto do estudo.

#### 3.4.5 Estudo Piloto

O estudo piloto foi considerado uma etapa fundamental para refinar os instrumentos

utilizados e alterá-los quando necessário. Esse momento contribuiu para o treinamento da pesquisadora quanto aos procedimentos adotados e a sua abordagem.

O estudo piloto, inicialmente, seria realizado em outra instituição, que não o lócus deste estudo. No entanto, em decorrência de questões burocráticas, o projeto não foi avaliado em tempo hábil. De forma que o estudo piloto ocorreu no mesmo local da coleta de dados com três mães não inclusas na amostra desta pesquisa, mas a partir dos mesmos critérios de inclusão e de exclusão, bem como dos procedimentos descritos e seguindo o período de internação do bebê pré-termo em UCIN e após a alta.

Durante o estudo piloto, foi realizada a ambientação ao local do estudo, possibilitando maior aproximação da pesquisadora com o campo. A experiência permitiu conhecer o espaço físico, a rotina operacional do serviço, a realidade do ambiente físico-pessoal da UCIN, assim como estabelecer contato direto com a população atendida nessa unidade. Além disso, viabilizou dados exploratórios junto às mães que atendiam aos mesmos critérios definidos para a seleção das futuras participantes, proporcionando uma compreensão inicial da experiência delas durante a internação dos bebês egressos da UTIN e após a alta.

Após o resultado do estudo piloto, ponderou-se uma alteração em relação ao local da coleta de dados após a alta hospitalar. Ressalta-se que a proposta inicial de realizar entrevistas nas etapas 2 e 3 em ambiente domiciliar não foi viável, ocorrendo no Ambulatório Materno-Infantil de Alto Risco da instituição. A alteração foi aceita, uma vez que as consultas não alterariam os períodos de coleta de dados, conforme previamente Essa possibilidade de local de coleta foi acatada visto que as consultas não alterariam os períodos de coleta de dados previamente definidos para este estudo. Ademais, como evidenciado ainda em estudo piloto, algumas mães participantes não residiam na cidade onde se localizava a instituição, o que também dificultaria o deslocamento da pesquisadora para o município.

#### 3.4.6 Materiais

Os materiais utilizados para a realização deste estudo foram custeados pela própria pesquisadora, que também mobilizou materiais disponíveis no Laboratório de Atividade e Desenvolvimento (LAD-UFSCar): 1) um computador com acesso à internet; 2) uma impressora; 3) um grampeador; 4) um celular com gravador de voz; 5) folhas de papel sulfite A4; 6) canetas esferográficas tinta azul Bic; 7) pastas com canaleta transparente, e 8) A4 Cristal.

### 3.5 Procedimentos

#### 3.5.1 Procedimentos éticos

Primeiramente, estabeleceu-se contato com o Departamento de Ensino da instituição, onde os dados seriam coletados para solicitar a autorização do estudo. Uma carta de anuência (Anexo I) foi redigida pela pesquisadora, conforme modelo oferecido pela instituição, e direcionada à direção do setor de enfermagem e ao superintendente da instituição.

A carta assinada foi encaminhada no dia 26 de setembro de 2017 e entregue à pesquisadora no dia 16 de outubro de 2017, consentindo o estudo. Após, o documento foi submetido, no mesmo mês, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O estudo foi conduzido de acordo com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as diretrizes e as normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A aprovação ética foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – parecer número 2.457.585, CAAE: 74765417.9.0000.5504 (Anexo II), e pela Instituição Coparticipante, cenário da coleta do presente estudo, parecer número: 2.475.032, CAAE: 74765417.9.3001.8148 (Anexo III).

O primeiro acesso à unidade foi mediado pela enfermeira responsável que apresentou a pesquisadora e informou às mães e às funcionárias acerca da proposta de pesquisa. Logo, as mães foram convidadas para participarem da pesquisa e, uma vez acordada a colaboração de natureza voluntária, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III), que foi lido e formalmente assinado.

Quanto à segunda e à terceira etapas do estudo, a pesquisadora apresentou a autorização da instituição à enfermeira responsável pelo Ambulatório de Seguimento de Alto Risco, a qual concordou com a realização da pesquisa e solicitou informações sobre os objetivos da pesquisa, participantes e instrumentos a serem utilizados. Assim, foi disponibilizada uma sala que frequentemente encontrava-se desocupada, para a realização das entrevistas.

#### 3.5.2 Seleção das participantes e convite para participação

Inicialmente, a pesquisadora contatou a enfermeira chefe da instituição para apresentar o estudo e solicitar apoio para a realização da pesquisa, a qual foi aceita prontamente,

considerando a importância de realizarem estudos sobre essa temática.

A equipe da instituição (técnicas de enfermagem e enfermeira chefe) forneceu apoio contínuo durante a fase de recrutamento e na coleta de dados, facilitando o contato com as mães. O suporte constituiu-se de permissão ao acesso aos prontuários impressos, de disponibilidade para esclarecer dúvidas acerca das informações disponibilizadas nos prontuários, além de informar a proximidade da alta do bebê.

Após a autorização institucional, foi feito o convite às mães participantes, nas primeiras 24 horas da admissão do bebê à UCIN.

### 3.5.3 Abordagem às participantes

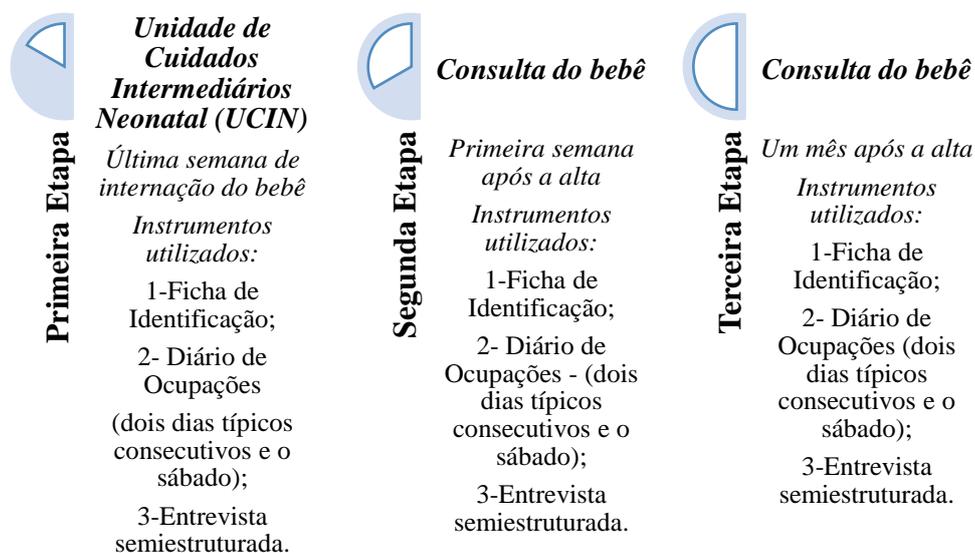
Após a identificação das mães elegíveis para este estudo, com o auxílio de um profissional da equipe da UCIN, a mãe era convidada para participar do estudo. Neste contato inicial, a pesquisadora apresentava-se e, em seguida, explicava a importância da pesquisa e da colaboração da participante nas três etapas do estudo.

Os instrumentos eram apresentados e explicados com o auxílio da ficha com as instruções de preenchimento do Diário de Ocupações, como também do TCLE que, em caso de aceite, era solicitada a assinatura. Em seguida, iniciava-se a aplicação da Ficha de Identificação na própria UCIN e deixado o Diário de Ocupações com a mãe.

Nas etapas 2 e 3, na primeira semana e no primeiro mês após a alta hospitalar respectivamente, a pesquisadora ficava responsável por agendar previamente as datas com as mães participantes por meio de contato telefônico.

A seguir é apresentado um diagrama representativo das três etapas do presente estudo:

Figura 6 - Diagrama Representativo: Estudo dividido em três etapas.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

#### 3.5.4 Coleta de dados

Este estudo foi conduzido no período entre março a setembro de 2018, participaram 9 mães, as quais aceitaram pronta e voluntariamente participar desta pesquisa.

A coleta foi realizada em três etapas sucessivas e complementares:

1ª. Etapa: na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN);

2ª. Etapa: na consulta do bebê, realizada no Ambulatório Materno-Infantil de Alto Risco da mesma instituição, na primeira semana após a alta do bebê. Optou-se por esse período supondo-se ser possível coletar uma memória viva do nascimento pré-termo e a estadia em UCIN, considerando que as mães ainda estão submergidas pela vivência do período em que o filho foi hospitalizado. Outro ponto considerado foi a importância da literatura acadêmica à necessidade de suporte às famílias no momento da alta. Essa etapa foi realizada na primeira semana após a alta hospitalar, considerando o processo de adaptação da mãe com o bebê em domicílio, sendo o período da alta um momento estressante para as mães, que muitas vezes levam o filho para casa sem estarem preparadas para esta realidade (FROTA et al., 2013).

3ª. Etapa: na consulta do bebê, realizada no Ambulatório Materno-Infantil de Alto Risco da mesma instituição, um mês após a alta hospitalar. Esse período de tempo foi determinado considerando-se um momento de transição, em que a mudança ocupacional ocorre em virtude de alguma alteração ou perturbação refletida em circunstâncias internas

e/ou externas (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

### 3.5.5 Procedimento de Coleta de Dados

Para a uniformização da abordagem durante a coleta de dados, a pesquisadora aplicou a Ficha de Identificação e, em seguida, o Diário de Ocupações. Por último, a Entrevista Semiestruturada foi realizada.

#### 3.5.5.1 Primeira etapa

A primeira etapa ocorreu durante o período de internação do bebê na UCIN. Na última semana de internação foi dedicada a aplicação dos instrumentos Diário de Ocupações e Entrevista Semiestruturada. A pesquisadora realizou uma abordagem individual às participantes, no mínimo 24 horas após o egresso do bebê da UTIN para a UCIN, sendo que esse período poderia variar de acordo com a condição de saúde do bebê e com a disponibilidade das mães.

Foram apresentados os objetivos do estudo, as etapas subsequentes e a todas foram prestados esclarecimentos e informação sobre o registro do Diário de Ocupações a partir das instruções de preenchimento. Em seguida, foram solicitadas a responderem a Ficha de Identificação utilizada para caracterização da díade mãe-bebê. Alguns itens referentes aos dados clínicos eram preenchidos pela pesquisadora a partir do acesso ao prontuário do bebê.

Próximo à alta do bebê era disponibilizado o Diário de Ocupações à participante, oportunidade em que foi abordado de maneira explicativa como deveria ser preenchido ao longo dos três dias. De modo a continuar o registro, a participante era orientada a deixar o instrumento na instituição, em um suporte localizado ao lado de cada berço onde a mãe guarda seus pertences e as fraldas do bebê, lugar acordado anteriormente com a equipe da UCIN. A mãe participante poderia preencher o Diário de Ocupações como registro “recordatório”, memorando e transcrevendo as atividades realizadas nas 24 horas do(s) dia(s) anterior(es).

Após o preenchimento do Diário de Ocupações, a pesquisadora, junto à mãe participante, iria ler as atividades descritas e solicitar que ela marcasse, por meio de um “X”, aquelas que considerava atividades maternas.

Em seguida eram realizadas as entrevistas, constituídas de um roteiro com questões abertas e norteadoras a fim de favorecer o diálogo entre participante e pesquisadora. As entrevistas eram realizadas em uma sala disponibilizada pela equipe da UCIN, após o

preenchimento completo do Diário de Ocupações (dois dias típicos consecutivos e o sábado), e registradas em áudio.

Antes de realizar a entrevista, a pesquisadora conversava informalmente com as mães, possibilitando que elas escolhessem a data e a hora para serem entrevistadas, com o intuito de não atrapalhar sua permanência com o bebê internado.

As mães foram acompanhadas pela pesquisadora até a alta do bebê, de segunda-feira a domingo, turno da manhã, da tarde ou da noite, a depender do horário em que a mãe costumava acompanhar o filho. Esse acompanhamento constituiu-se em visitas às mães e aos bebês na UCIN. A pesquisadora tinha acesso à informação do dia e do horário em que a mãe costumava frequentar a UCIN, a partir do preenchimento de um dos itens da Ficha de Identificação. Com a proximidade da alta do filho<sup>5</sup>, as mães eram novamente convidadas para participarem do estudo e lembradas da segunda etapa.

O diário a ser preenchido após a alta do bebê era entregue à mãe assim que a alta fosse comunicada pela equipe. A pesquisadora orientava a mãe participante em relação ao preenchimento do Diário nesse período. Foi disponibilizada uma pasta com três folhas referentes aos dias de registro a fim de facilitar a manipulação e a conservação do instrumento até o próximo encontro. Essa conduta foi acordada com a mãe no início da pesquisa com o intuito de facilitar o retorno do preenchimento do instrumento após a alta do bebê.

Vale ressaltar que no próprio Diário de Ocupações constava o preenchimento do contato telefônico da mãe participante. Esse registro justificou-se pela necessidade de se estabelecer contato ulterior para lembrar às mães da necessidade do preenchimento do Diário de Ocupações.

No dia da alta, a mãe era instruída pela equipe a iniciar o período de avaliação do bebê em Ambulatório de Seguimento de Alto Risco, em tempo aproximado de oito dias, ocasião em que se daria a continuidade da participação no estudo, recordado pela pesquisadora.

#### 3.5.5.2 Segunda etapa

A segunda etapa de coleta dados, foi realizada na primeira semana após a alta hospitalar do bebê.

Caso a pesquisadora não encontrasse a mãe participante no hospital, ficava responsável por contatar a enfermeira de plantão para obter conhecimento da data em que o

<sup>5</sup> Devido à impossibilidade de ter controle sobre a data exata da alta do bebê, foram utilizados os seguintes critérios: peso do bebê próximo a 2000g e estabilidade clínica. Estas informações foram obtidas com a mãe participante e com a equipe da UCIN.

bebê recebeu alta, quando era repassado o agendamento da consulta do bebê em Ambulatório de Seguimento de Alto Risco. Então, a pesquisadora realizava contato para confirmar o dia e o horário e relembrar do estudo e do preenchimento do Diário de Ocupações.

Na consulta do bebê, a entrevista era realizada em uma sala disponibilizada pela equipe. Foram novamente obtidos os dados clínicos da mãe e do bebê por meio da Ficha de Identificação. Após, a pesquisadora acessava o Diário de Ocupações já preenchidos pelas mães após a alta do filho.

No mesmo dia, era realizada a leitura junto à mãe das atividades transcritas e solicitado que marcasse com um “X” aquelas que consideram ocupação materna. Ainda no mesmo dia, após esse momento, a Entrevista Semiestruturada era aplicada. As mães eram recordadas acerca da terceira etapa que, por sua vez, ocorreria no primeiro mês após a alta do bebê, e que diante da proximidade do evento seriam avisadas pela pesquisadora, que entraria em contato.

Da mesma maneira em que se sucedeu a primeira etapa deste estudo, durante a segunda etapa, primeiro encontro após a alta, a pesquisadora disponibilizou uma pasta com três folhas referentes aos dias de registro. Nesse momento, a mãe era instruída a retornar para a avaliação após o período de um mês da alta, ocasião em que era convidada para dar continuidade ao estudo, em que deveria transcrever as ocupações realizadas na semana que completaria um mês após a alta hospitalar, optando por dois dias da semana consecutivos, além do sábado.

#### 3.5.5.3 Terceira etapa

A terceira etapa de coleta de dados foi realizada no trigésimo dia após a alta hospitalar do bebê e foi realizada na consulta do bebê. Da mesma maneira como ocorreu na segunda etapa deste estudo, a pesquisadora, por meio de contato telefônico, agendou um horário para encontrar as participantes.

Nessa etapa, ainda foram obtidas atualizações de dados por meio da Ficha de Identificação. A seguir, a pesquisadora teve acesso às atividades transcritas no Diário de Ocupações. No mesmo dia, era realizada a leitura, junto à mãe, das atividades transcritas e foi solicitado que marcasse com um “X” aquelas que consideram ocupação materna. Após esse momento, a terceira etapa foi finalizada com a Entrevista Semiestruturada.

### 3.5.6 Análise dos dados

#### 3.5.6.1 Análise de dados da Ficha de Identificação e do Diário de Ocupações

Os dados obtidos a partir da Ficha de Identificação e do Diário de Ocupações foram analisados descritivamente. Para a Ficha de Identificação foram analisados os dados sociodemográficos e clínicos da mãe e do bebê. As atividades registradas no Diário de Ocupações foram distribuídas de acordo com as definições e as classificações das subcategorias apresentadas pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015) em: 1) atividades de vida diária (AVD), 2) atividades instrumentais de vida diária (AIVD), 3) descanso/sono, 4) lazer, 5) trabalho, 6) educação, 7) participação social e 8) brincar.

#### 3.5.6.2 Análise de dados das entrevistas

Os dados da etapa qualitativa, correspondentes à entrevista semiestruturada, foram audiogravados e transcritos na íntegra pelo *software* da Microsoft Word. Após, os dados foram analisados e categorizados por meio da Análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a fim de acessar os aspectos subjetivos das mães de bebês pré-termos durante a internação e após a alta.

De acordo com Bardin (2011), análise de conteúdo é conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca obter, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens e de indicadores (quantitativos ou não), os quais permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Trata-se de um tratamento da informação contida nas mensagens.

Para o autor, a análise de conteúdo é definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, aplicados aos discursos (conteúdos e conteúdos) diversificados. A análise oscila entre os polos da objetividade e da subjetividade. Esse método de investigação trata-se de uma inferência de conhecimentos que permite a passagem do que é descrito para a interpretação e a significação dentro do contexto da pesquisa.

A análise de conteúdo pode ser uma análise dos “significados” (exemplo: a análise temática), embora possa ser ainda uma análise dos “significantes” (análise lexical e análise dos procedimentos). Dentre as várias propostas utilizadas por Bardin (2011) para a análise de

conteúdo, no presente estudo mobilizou-se a técnica de análise de enunciação, ou seja, a primeira etapa: a análise temática.

A técnica de análise de enunciação fundamenta-se na concepção da comunicação como processo e não como um dado estagnado (BARDIN, 2011), a saber:

Passo 1: A **organização da análise** subdivide-se em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses resultados, conforme descrito a seguir.

- **Pré-análise:** consiste na fase de organização do material (corpus) a ser analisado. Neste momento, é realizada a escolha dos documentos, como as entrevistas; a formulação de hipóteses e de objetivos com o intuito de explicitar dimensões e direções de análise; a elaboração de indicadores e a elaboração do material. Neste estudo, as transcrições do material gravado foram submetidas à escuta das entrevistas, leitura e releitura, definida por Bardin (2011) como leitura flutuante, que implica conhecer o material e criar familiaridade;

- **Exploração do material:** consiste na definição das categorias (sistemas de codificação), em que ocorre a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto caracterizados por diferenciação e o reagrupamento por analogia de acordo com os critérios definidos previamente com o objetivo de propiciar a realização da inferência. Além disso, a exploração do material permite identificar as unidades de registro com o propósito de efetivar a categorização.

- **Tratamento dos resultados e interpretação:** os resultados obtidos (em bruto) são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Passo 2 e 3: A preparação do material tem por objetivo codificar e categorizar os recortes dos textos (sintagmas), podendo ser feito apenas com destaques numerados no corpo de cada mensagem. Prossegue-se com a união dos recortes sob o prisma da padronização temática. Em seguida, realiza-se a codificação, em que os dados brutos do texto são transformados em uma representação do conteúdo. Para que haja êxito, há duas técnicas a serem seguidas: o recorte deve ser uma frase, uma palavra isolada e/ou palavras em conjunto, que indiquem relevância para a análise. A segunda técnica é a enumeração, podendo contar quantas vezes uma palavra aparece nas mensagens. A última técnica é a classificação e agregação que constitui a formação de categorias.

Neste estudo, após a etapa de exploração do material, eram destacadas as semelhanças e as diferenças identificadas em cada fala para então inseri-las em prováveis categorias da pesquisa, utilizando especialmente a indução e a intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais consistentes correspondentes aos objetivos propostos.

## 4 RESULTADOS

Esta seção consiste em três grandes eixos: 1) características sociodemográficas e clínicas das mães participantes e dados dos bebês; 2) descrição das atividades originadas do Diário de Ocupações, e 3) principais temas e subtemas organizados em cinco categorias emergidas da Entrevista Semiestruturada.

### 4.1 Mães participantes

A partir dos dados coletados por meio da Ficha de Identificação, retrata-se as principais características sociodemográficas e clínicas das mães entrevistadas. Os dados foram organizados no Quadro 3 para facilitar a visualização das informações coletadas.

Para garantir o anonimato, as participantes foram identificadas por meio de códigos: as mães participantes pela letra “M” referente à mãe e os respectivos bebês pela letra “B”, seguidos da numeração correspondente à ordem cronológica de realização da coleta dos dados de cada participante, portanto de 1 a 9.

Quadro 3 - Dados sociodemográficos e clínicas das mães em relação ao tipo de parto e intercorrência.

Mães	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Trabalho	Tipo de parto	Intercorrência
M1	29	Casada	Ensino fundamental completo	Taxista	Normal	Bolsa rota
M2	26	União estável	Ensino fundamental completo	Trabalhadora do lar	Cesárea	Pré-eclâmpsia
M3	29	Casada	Ensino fundamental completo	Garçonete	Normal	Bolsa rota
M4	27	Casada	Ensino médio completo	Trabalhadora do lar	Normal	Incompetência istmo-cervical
M5	25	União estável	Ensino médio completo	Auxiliar de escritório	Cesárea	Pré-eclâmpsia
M6	19	Solteira	Ensino médio completo	Trabalhadora do lar	Cesárea	Bolsa rota
M7	29	Casada	Ensino médio completo	Trabalhadora do lar	Normal	Bolsa rota
M8	18	União estável	Ensino fundamental completo	Trabalhadora do lar	Cesárea	Pré-eclâmpsia
M9	20	Casada	Ensino médio completo	Trabalhadora do lar	Cesárea	Pré-eclâmpsia

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Participaram deste estudo nove mães de bebês nascidos pré-termo, selecionadas na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) de um hospital público localizado no

interior do estado de São Paulo. Inicialmente, foram convidadas treze mulheres que preencheram os critérios de inclusão. No entanto, dessas treze mulheres, duas não aceitaram participar e outras duas não serão apresentadas, pois, ambos os casos, não completaram os procedimentos de coleta.

Observa-se no Quadro 3 que, durante a pesquisa, das mães participantes, cinco estavam casadas, três em união estável e uma solteira. Com relação ao número de gestações, três eram múltíparas e seis eram primíparas. A idade das mães variou entre 18 e 29 anos, com média de idade de 24 anos. Já quanto ao tipo de parto, seis foram cesarianas e três normais.

Em relação ao nível de escolaridade entre as mães, quatro tinham ensino fundamental completo e cinco, ensino médio completo. Quanto ao trabalho, as atividades exercidas por elas eram: trabalhadora do lar, taxista, garçonne e auxiliar de escritório.

Das nove mães, seis relataram exercer atividade exclusiva do lar, dedicando-se aos cuidados da casa, do(s) filho(s) e do marido. É importante considerar que durante a pesquisa nenhuma das mães exercia atividade remunerada: M1 interrompeu por livre iniciativa, enquanto M3 e M5 estavam em licença maternidade. Dessa forma, antes do nascimento do filho, apenas três mães exerciam trabalho remunerado e contribuíam financeiramente para a renda familiar, as demais tinham o marido, os pais ou os sogros como provedores.

As intercorrências da gravidez, relatadas pelas mães participantes, e que predispôs o trabalho de parto pré-termo foram: doença sistêmica materna (pré-eclâmpsia), rompimento precoce da membrana amniótica (bolsa rota) e incompetência istmocervical (IIC) ou insuficiência cervical, isto é, uma condição médica em que o colo uterino reduz o tamanho e se dilata antes do fim planejado da gravidez. Percebe-se que a decisão de antecipar o parto ocorreu, na maior parte dos casos, de maneira eletiva, ou seja, por indicação médica decorrente de complicações maternas e/ou fetais.

O Quadro 4 apresenta, por sua vez, a composição familiar das participantes.

Quadro 4 - Composição familiar das participantes

<b>Mães participantes</b>	<b>Composição familiar</b>
<b>M1</b>	M1, marido, três filhos anteriores e o bebê.
<b>M2</b>	M2, marido, uma filha anterior e o bebê.
<b>M3</b>	M3, marido, um filho anterior e o bebê.
<b>M4</b>	M4, marido e o bebê.
<b>M5</b>	M5, marido, mãe de M5 e o bebê.
<b>M6</b>	M6, mãe de M6, três irmãos de M6 e o bebê.
<b>M7</b>	M7, marido e o bebê.
<b>M8</b>	M8, marido e o bebê.
<b>M9</b>	M9, marido, sogra, sogro e o bebê.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Quanto à composição familiar, é válido ressaltar que M5 optou morar temporariamente com a mãe, apontando que nos primeiros meses com o bebê necessitaria de suporte constante e considerando que teve depressão pós-parto. Essa condição refletiu em apatia e em falta de interesse em exercer qualquer ocupação com o filho.

M9 residia com a família do marido e relatou a expectativa de que, após alguns meses de vida do filho, o casal com o bebê fossem morar a sós em uma casa, propriedade dos sogros.

M6, por outro lado, morava com a mãe e os irmãos por ser solteira e não possuir condições financeiras de morar com o namorado. Por sua vez, o companheiro de M6 residia, naquele momento, próximo à ela e pernoita na casa de M6.

Ainda acerca da composição familiar, M7, apesar de residir somente com o esposo e a cria, morava em frente à casa da mãe que, após a alta, ofereceu apoio quanto às refeições da filha e quanto aos cuidados com o bebê. M8, mãe e adolescente, mesmo casada e morando com o marido, ambos desempregados, eram subsidiados pelos pais enquanto o marido de M8 não encontrasse emprego.

Embora a instituição na qual o estudo foi realizado seja vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento na UCIN é destinado também ao atendimento de pacientes particulares. Neste estudo, uma das mães participantes (M5) tinha convênio com plano de saúde particular.

As características do bebê em relação a sexo, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, tempo de internação na UTIN, tempo de internação na UCIN e tempo total de internação desde o nascimento são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 - Dados dos bebês em relação a sexo, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, tempo de internação na UTIN, tempo de internação na UCIN e tempo total de internação.

Bebês	Sexo	Idade gestacional ao nascer (semanas)	Peso ao nascimento (em gramas)	Tempo de internação na UTIN (dias)	Tempo de internação na UCIN (dias)	Tempo total de internação desde o nascimento (dias)
B1	M	35	2685	04	20	24
B2	F	27	960	60	19	79
B3	F	31	1750	24	12	36
B4	M	26	1170	47	13	60
B5	M	32	1245	11	35	46
B6	M	28	1360	34	22	56
B7	M	30	1770	5	25	30
B8	F	32	1670	17	18	35
B9	F	31	894	50	21	72

Legenda: B: bebê M: masculino F: feminino

Fonte: Elaborado pela autora

No Quadro 5 verifica-se que os bebês pré-termos nasceram com idade gestacional entre 26 e 35 semanas. O peso ao nascimento variou entre 894g e 2685g. Todos os bebês foram internados na UTIN logo após o nascimento por um período que variou entre 4 e 60 dias e o tempo de internação na UCIN foi compreendido entre 12 e 35 dias. O tempo entre a admissão à UTIN até a alta hospitalar variou entre 24 e 79 dias.

#### **4.2 Diários de Ocupações**

Os Diários de Ocupações elucidaram as atividades realizadas pelas mães na última semana de internação, bem como na primeira semana e na semana que completou um mês após a alta do bebê.

O Quadro 6 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes, referentes à rotina particular de cada uma. O registro foi realizado em dois dias da semana consecutivos, correspondente à última semana de internação do bebê na UCIN. As atividades registradas pelas mães encontram-se na primeira coluna do quadro; a classificação dessas atividades em subcategorias das ocupações, conforme classificação da AOTA (2015), localizadas na segunda coluna do quadro e, por fim, as ocupações estão identificadas na terceira coluna do quadro.

Quadro 6 - Atividades registradas na última semana de internação do bebê nos dias da semana.

<b>Atividades realizadas em dias de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, almoçar, almoçar no refeitório da instituição, jantar, pedir um lanche para a janta	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Arrumar-se, escovar os dentes	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Preparar o café da manhã, preparar o almoço, preparar a janta, lavar a louça	Preparar refeições e limpeza	<b>2. AIVD</b>
Mexer no celular	Gerenciamento de comunicação	
Cuidar de outro(s) filho(s)	Cuidar de outros	
Ir e voltar do berçário, pegar o ônibus para ir e voltar do berçário, ir à casa da mãe, ir buscar o marido no serviço, levar e buscar o filho mais velho na escola, buscar o filho mais velho na casa do pai	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Limpar a casa	Estabelecimento e gerenciamento do lar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Esperar o marido chegar do trabalho, deitar por alguns minutos, deitar por alguns minutos na poltrona da instituição	Descansar	
Pensar no bebê, pensar no bebê que passou por uma transfusão de sangue	Preparação para o sono	
Acordar e pensar no que está vivendo	Participação no sono	
Assistir televisão, preencher palavras-cruzadas	Exploração do lazer	<b>4. LAZER</b>
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
Aprender a dar banho no bebê, aprender a cuidar do bebê, acompanhar a vacina do bebê, acompanhar a transfusão de sangue do bebê	Observar e Desempenhar com auxílio físico e instrucional da equipe	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Conversar com as enfermeiras, conversar com outras mães no berçário, receber visita da irmã e sobrinha, conversar com a irmã, receber visita da sogra, conversar com o marido	Pares, amigos	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da irmã, ficar na casa da sogra	Família	
-	-	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em relação à categoria 1. AVD, as atividades realizadas são: “tomar café da manhã”, “almoçar”, “almoçar no refeitório da instituição”, “jantar”, “pedir um lanche para a janta”, “arrumar-se”, “escovar os dentes” e “tomar banho”. Percebe-se que algumas das mães organizavam a própria rotina e almoçavam em ambiente hospitalar. Notou-se que, por encontrarem-se em contexto hospitalar, as participantes eram submetidas à rotina da UCIN, sendo que elas podiam permanecer 24 horas no local responsáveis pelos cuidados básicos do filho.

A categoria 2. AIVD contempla as atividades “preparar o café da manhã”, “preparar o almoço”, “preparar a janta”, “lavar a louça”, “mexer no celular”, “cuidar de outro(s) filho(s)”, “ir e voltar do berçário”, “pegar o ônibus para ir e voltar do berçário”, “ir à casa da mãe”, “ir buscar o marido no serviço”, “levar e buscar o filho mais velho na escola”, “buscar o filho mais velho na casa do pai” e “limpar a casa”.

Na categoria 6. Educação emergiram ocupações relacionadas ao cuidado e à interação com o bebê, bem como ao aprendizado da maternidade. Destaca-se: “aprender a dar banho no bebê”, “aprender a cuidar do bebê”, “acompanhar a vacina do bebê”, “acompanhar a transfusão de sangue do bebê”.

Nos dias de semana, mudanças ocupacionais repercutiram na subcategoria *Dirigir e mobilidade na comunidade*, pois havia uma necessidade de reorganização da rotina, considerando os deslocamentos do domicílio à UCIN e vice-versa, além de adequar-se aos horários do transporte público e de buscar o filho mais velho na escola ou na casa do pai. No período de internação, ocorreram modificações nas ocupações, principalmente no que diz respeito às atividades da categoria 3. Descanso/sono.

Nas subcategorias *Preparação para o sono e participação no sono* aparecem as atividades: “pensar no bebê”, “pensar no bebê que passou por uma transfusão de sangue”, “acordar e pensar no que está vivendo”. Enquanto o bebê pré-termo permaneceu internado, os registros mostraram que as participantes pensavam no filho e em como ele poderia estar após algum procedimento realizado durante o dia. Além disso, acordavam pensando na realidade em que estavam vivenciando. As atividades na categoria 4. Lazer foram limitadas à “assistir televisão” e “preencher palavras cruzadas”.

Quanto à categoria 7. Participação Social, as atividades concentram-se nas subcategorias pares/amigos e família, em que se destaca o contato materno com a equipe, com outras mães na UCIN e com os familiares, evidenciando algum membro feminino da família da participante (mãe, irmã e sogra): “conversar com as enfermeiras”, “conversar com outras mães no berçário”, “ficar na casa da mãe”, “ficar na casa da sogra” e “ficar na casa da irmã”.

O Quadro 7 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes no final de semana (sábado), correspondente à última semana de internação do bebê na UCIN.

Quadro 7 - Atividades registradas na internação do bebê no final de semana (sábado).

<b>Atividades realizadas no final de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, almoçar, almoçar na casa da avó, almoçar no refeitório da instituição, ir à lanchonete da instituição comer um salgado e tomar um suco, comer um pão de queijo na lanchonete da instituição, jantar, jantar um lanche	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Arrumar-se, escovar os dentes, cuidar das unhas	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Preparar o café da manhã, preparar o almoço, preparar o jantar, lavar a louça	Preparar refeições e limpeza	<b>2. AIVD</b>
Mexer no celular	Gerenciamento de comunicação	
Cuidar de outro(s) filho(s)	Cuidar de outros	
Ir e voltar do berçário, pegar carona com o pai para visitar o filho, ir à casa da avó, ir à casa da mãe, ir buscar o marido no serviço, ir à igreja	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Arrumar a casa, limpar a casa, lavar as roupas	Estabelecimento e gerenciamento do lar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Esperar o marido chegar em casa, esperar visita do bebê, esperar marido buscar no berçário	Descansar	
-	Preparação para o sono	
Acordar e pensar no que está vivendo	Participação no sono	
Assistir TV, preencher palavra-cruzada	Exploração do lazer	<b>4. LAZER</b>
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
Banhar o bebê, amamentar ou oferecer o leite, trocar a fralda, ficar com o bebê enquanto está acordado, olhar o bebê enquanto dorme, pegar o bebê no colo, admirar o bebê	Observar e Desempenhar com auxílio físico e instrucional da equipe	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Frequentar a igreja	Comunidade	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Conversar com as enfermeiras, conversar com a irmã e cunhado, conversar com o marido, conversar com a mãe, deixar o filho mais velho na casa da mãe	Pares, amigos	
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da sogra	Família	
-	-	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 7 corresponde ao final de semana (sábado). Importante considerar que algumas mães não residiam no município em que o bebê estava internado e por conta disso, duas participantes (M6 e M7) não visitavam os filhos aos finais de semana devido à falta de transporte ou à dificuldade para encontrar carona. Percebe-se que o autocuidado, para algumas delas, era restrito ao fim de semana, sendo verificado na categoria 1. AVD a atividade “cuidar das unhas”.

Na categoria 2. AIVD estão registradas as atividades: “preparar o café da manhã”, “preparar o almoço”, “preparar o jantar”, “lavar a louça”, “mexer no celular”, “cuidar de outro(s) filho(s)”, “ir e voltar do berçário”, “pegar carona com o pai para visitar o filho”, “ir à casa da avó”, “ir à casa da mãe”, “ir buscar o marido no serviço”, “ir à igreja”, “arrumar a casa”, “limpar a casa” e “lavar as roupas”.

Na categoria 3. Descanso/Sono verifica-se na subcategoria participação no sono a atividade de “acordar e pensar no que está vivendo”. Na categoria 7. Participação Social é possível observar na subcategoria Comunidade a atividade “frequentar a igreja”, a qual não era registrada nos dias de semana. Conforme identificado nos Quadros 7 e 8, a família extensa (avó, madrastra, irmã), os maridos/parceiros e as sogras forneceram apoio às mães durante a internação do bebê.

Em relação à categoria *Dirigir e mobilidade na comunidade*, as mães frequentemente contavam com os familiares delas ou do parceiro/marido para apoio na locomoção do domicílio à UCIN e vice-versa, além do auxílio no cuidado dos filhos mais velhos.

A categoria 6. Educação apresenta atividades relacionadas ao cuidado com o filho, como: “banhar o bebê”, “amamentar/oferecer o leite”, “trocar a fralda”, “ficar com o bebê enquanto está acordado”, “olhar o bebê enquanto dorme”, “pegar o bebê no colo” e, por fim, “admirar o bebê”.

O Quadro 8 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes em dois dias da semana consecutivos correspondentes à primeira semana após a alta do bebê, isto é, após sete dias em domicílio.

Quadro 8 - Atividades registradas na primeira semana após a alta do bebê nos dias da semana.

<b>Atividades realizadas em dias de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, almoçar, fazer um lanche, jantar	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Escovar os dentes, arrumar-se	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Lavar a louça, preparar o café da manhã, preparar o almoço	Preparar refeições e limpeza	<b>2. AIVD</b>
Mexer no celular, ligar para os pais	Gerenciamento de comunicação	
Cuidar de outro(s) filho(s), cuidar da sobrinha	Cuidar de outros	
Levar e buscar o filho mais velho na escolar, ir à consulta no posto de saúde, ir ao supermercado	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Lavar as roupas, colocar as roupas no varal	Estabelecimento e gerenciamento do lar	
Acalmar o bebê, banhar o bebê, amamentar/oferecer o leite, trocar a fralda, ficar com o bebê no colo, ficar com o bebê no sofá, olhar o bebê enquanto dorme, ficar no quarto com o bebê, deixar o bebê com o pai, dar remédio para o bebê, dar vitamina para o bebê, esperar o bebê arrotar, acalmar o bebê	Cuidar, Interagir e vincular <sup>6</sup>	
Esperar o marido chegar do trabalho, deitar no sofá, esperar o marido fazer a janta	Descansar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Deitar ao lado do bebê, definir um despertador para as mamadas	Preparação para o sono	
Acordar e ver como o bebê está, amamentar/oferecer o leite, trocar a fralda, esperar o bebê arrotar	Participação no sono	
Assistir televisão, assistir filme	Exploração do lazer	<b>4. LAZER</b>
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
-	-	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Conversar com a irmã e cunhado, conversar com o marido, visita de amigos, visita da sogra, visita dos padrinhos do bebê	Pares, amigos	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da sogra	Família	
Brincar com o bebê	Participação no brincar	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

<sup>6</sup> Neste estudo, organizaram-se as atividades desempenhadas pela mãe junto ao bebê na ocupação AIVD como subcategoria cuidar, interagir e vincular.

No Quadro 8, correspondente aos dois dias da semana, na primeira semana após a alta do bebê, verifica-se na categoria 1. AVD as atividades: “tomar café da manhã”, “almoçar”, “fazer um lanche” e, por sua vez, “jantar.”

Nessa categoria foi possível perceber atividades que a mãe realizava sem a supervisão de um profissional, repercutindo na categoria 2. AIVD que contemplou as atividades: “lavar a louça”, “preparar o café da manhã”, “preparar o almoço”, “mexer no celular”, “ligar para os pais”, “cuidar de outro(s) filho(s)”, “cuidar da sobrinha”, “levar e buscar o filho mais velho na escolar”, “ir à consulta no posto de saúde”, “ir ao supermercado”, “lavar as roupas” e “colocar as roupas no varal”. Ainda, foram registradas as atividades “acalmar o bebê”, “banhar o bebê”, “amamentar/oferecer o leite”, “trocar a fralda”, “ficar com o bebê no colo”, “ficar com o bebê no sofá”, “olhar o bebê enquanto dorme”, “ficar no quarto com o bebê”, “deixar o bebê com o pai”, “dar remédio para o bebê”, “dar a vitamina para o bebê”, “esperar o bebê arrotar”, “acalmar o bebê”.

Na subcategoria *Dirigir e mobilidade na comunidade* aparece a atividade “ir à consulta no posto de saúde”, realizada após a experiência da hospitalização. Na categoria 3. Descanso/Sono verifica-se, na subcategoria *Preparação para o sono*, a atividade “definir um despertador para as mamadas”, com a ajuda do celular para a programação dos períodos entre as mamadas, o que mostra a preocupação das participantes em seguir os horários estabelecidos na instituição.

Na subcategoria *Exploração do lazer* permanece a atividade “assistir filme”. Ainda, em relação à categoria 8. Brincar, acrescenta-se a atividade “brincar com o bebê”, sendo que estar com o filho em domicílio pode ter facilitado a percepção das mães acerca dessa interação e a alternativa de desempenhar essa atividade.

O Quadro 9 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes no final de semana (sábado), correspondente à primeira semana após a alta do bebê.

Quadro 9 - Atividades registradas na primeira semana após a alta do bebê no final de semana (sábado).

<b>Atividades realizadas no final de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, pedir um lanche, almoçar, jantar	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Escovar os dentes, arrumar-se	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Preparar o café da manhã, preparar o almoço, preparar o jantar, lavar a louça	Preparar refeições e limpeza	<b>2.AIVD</b>
Mexer no celular	Gerenciamento de comunicação	
Cuidar de outro(s) filho(s)	Cuidar de outros	
Pagar as contas	Gerenciamento financeiro	
Ir e voltar do centro da cidade, ir à farmácia, ir ao salão de beleza, ir à casa da mãe	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Lavar as roupas, limpar a casa	Estabelecimento e gerenciamento do lar	
Banhar o bebê, amamentar/oferecer o leite, trocar a fralda, ficar com o bebê no peito, olhar o bebê enquanto dorme, dar o remédio para o bebê, colocar o bebê no carrinho, esperar o bebê arrotar	Cuidar, Interagir e Vincular	
Esperar o marido chegar do trabalho, esperar a irmã chegar do trabalho	Descansar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Definir um despertador para as mamadas	Preparação para o sono	
Oferecer o leite, trocar a fralda, esperar o bebê arrotar	Participação no sono	<b>4. LAZER</b>
Assistir televisão	Exploração do lazer	
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
Acessar vídeos sobre cuidado e desenvolvimento infantil	-	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Conversar com a irmã, conversar com o marido, conversar com a mãe	Pares, amigos	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da sogra	Família	
Brincar com o bebê	Participação no brincar	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

No quadro 9, correspondente ao final de semana (sábado), na primeira semana após a alta do bebê, verifica-se que a categoria 1. AVD continua restrita, sem registros de novas atividades ou de adaptações. Destacam-se nesse período: “tomar café da manhã”, “pedir um lanche”, “almoçar”, “jantar”, “escovar os dentes”, “arrumar-se” e “tomar banho”. Por sua vez, na categoria 2. AIVD foram registradas as atividades: “preparar o café da manhã”, “preparar o almoço”, “preparar o jantar”, “lavar a louça”, “mexer no celular”, “cuidar de outro(s) filho(s)”, “pagar as contas”, “ir e voltar do centro da cidade”, “ir à farmácia”, “ir ao salão de beleza”, “ir à casa da mãe”, “lavar as roupas”, “limpar a casa”. Ainda atividades relacionadas ao cuidado com o filho, como “banhar o bebê”, “amamentar/oferecer o leite”, “trocar a fralda”, “ficar com o bebê no peito”, “olhar o bebê enquanto dorme”, “dar o remédio para o bebê”, “esperar o bebê arrotar” e aparece a atividade “colocar o bebê no carrinho”,

Verifica-se na subcategoria *Dirigir e mobilidade na comunidade* o registro das atividades de “ir e voltar do centro da cidade” e de “ir ao salão de beleza”. Na categoria 3. Descanso/Sono permanece a atividade de “definir um despertador para as mamadas” e na categoria 8. Brincar, a atividade “brincar com o bebê”.

Na categoria 6. Educação aparece a atividade de “Acessar vídeos sobre cuidado e desenvolvimento infantil”.

Percebe-se que as atividades envolvendo as categorias 4. Lazer e 7. Participação Social foram limitadas no período após a alta, restringindo-se a assistir televisão e ao contato com familiares e com o marido.

O Quadro 10 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes em dois dias da semana consecutivos correspondente a um mês após a alta do bebê.

Quadro 10 - Atividades registradas um mês após a alta do bebê nos dias da semana.

<b>Atividades realizadas em dias de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, almoçar, jantar	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Escovar os dentes, trocar de roupa, fazer as unhas	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Preparar o café da manhã, preparar o almoço, preparar o lanche da tarde, lavar a louça	Preparar refeições e limpeza	<b>2. AIVD</b>
Mexer no celular	Gerenciamento de comunicação	
Cuidar de outro(s) filho(s)	Cuidar de outros	
Ir à fisioterapia, levar o bebê no posto de saúde para tomar a vacina, ir à farmácia, ir ao mercado	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Limpar a casa, lavar as roupas, colocar as roupas no varal, passar as roupas	Estabelecimento e gerenciamento do lar	
Dar o remédio para o bebê, ficar com o bebê, trocar a fralda, banhar o bebê, colocar o bebê para tomar sol, colocar o bebê no bebê conforto, dar remédio para febre, esperar o bebê arrotar	Cuidar, Interagir e Vincular	
Olhar o bebê, esperar o marido chegar do trabalho	Descansar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Colocar música, definir um despertador para as mamadas	Preparação para o sono	
Oferecer o leite, amamentar, trocar a fralda, observar o bebê, esperar o bebê arrotar	Participação no sono	
Assistir televisão, escutar rádio	Exploração do lazer	<b>4. LAZER</b>
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
Acessar vídeos sobre cuidado e desenvolvimento infantil	-	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Conversar com o marido, conversar com a irmã	Pares, amigos	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da sogra	Família	
Brincar com o bebê	Participação no brincar	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

No Quadro 10, correspondente aos dois dias da semana consecutivos, um mês após a alta do bebê, verifica-se na categoria 1. AVD as atividades de “tomar café da manhã”, “almoçar”, “jantar”, “escovar os dentes”, “trocar de roupa”, “fazer as unhas”, “tomar banho.” Evidencia-se “fazer as unhas” como mudança nessa categoria, que antes não ocorria.

Na categoria 2. AIVD aparecem as atividades: “preparar o café da manhã”, “preparar o almoço”, “preparar o lanche da tarde”, “lavar a louça”, “mexer no celular”, “cuidar de outro(s) filho(s)”, “ir à fisioterapia”, “levar o bebê no posto de saúde para tomar a vacina”, “ir à farmácia”, “ir ao mercado”, “limpar a casa”, “lavar as roupas”, “colocar as roupas no varal”, “passar as roupas”. Identificamos, ainda, as atividades: “dar o remédio para o bebê”, “ficar com o bebê”, “trocar a fralda”, “banhar o bebê”, “colocar o bebê para tomar sol”, “colocar o bebê no bebê conforto”, “dar remédio para febre” e “esperar o bebê arrotar”.

Um mês após a alta apareceram atividades de cuidado relacionadas ao bem-estar do filho, sendo registrado “colocar o bebê para tomar sol” e “dar remédio para febre”. É possível referir que houve maior diversificação das atividades de cuidado da mãe para com o bebê.

Na subcategoria *Dirigir e mobilidade na comunidade* encontram-se as atividades: “ir à fisioterapia” e “levar o bebê no posto de saúde para tomar a vacina”. Nessa subcategoria identifica-se o engajamento das mães em atividades que antes não eram realizadas.

Na categoria 3. Descanso/Sono aparece a atividade de “colocar música” e permanece a atividade “definir um despertador para as mamadas”. Ainda, na subcategoria *Exploração do lazer*, apareceu a atividade “escutar rádio”. Nos outros registros apareciam as atividades de “assistir televisão” ou “assistir filme”.

O Quadro 11 apresenta as atividades registradas pelas nove mães participantes no final de semana (sábado), correspondente a um mês após a alta do bebê.

Quadro 11 - Atividades registradas um mês após a alta do bebê no final de semana (sábado).

<b>Atividades realizadas no final de semana</b>	<b>Atividades realizadas classificadas em subcategorias das ocupações</b>	<b>Ocupações</b>
Tomar café da manhã, almoçar na casa da sogra, jantar, pedir um lanche para a janta	Alimentar	<b>1. AVD</b>
Arrumar-se, escovar os dentes, trocar a roupa	Higiene pessoal/vestir	
Tomar banho	Banhar e tomar banho no chuveiro	
Preparar o café da manhã, preparar a janta	Preparar refeições e limpeza	<b>2. AIVD</b>
Cuidar de outro(s) filho(s)	Cuidar de outros	
Ir à casa da sogra, ir à loja, ir ao mercado	Dirigir e mobilidade na comunidade	
Limpar a casa, lavar as roupas, colocar as roupas no varal	Estabelecimento e gerenciamento do lar	
Dar o remédio para o bebê, oferecer o leite/amamentar, ficar com o bebê, trocar a fralda, banhar o bebê, dar a vitamina do bebê, limpar o nariz do bebê, fazer inalação no bebê, deixar o bebê no carrinho	Cuidar, Interagir e Vincular	
Esperar o marido chegar do trabalho, deitar por alguns minutos	Descansar	<b>3. DESCANSO/SONO</b>
Oferecer o leite/amamentar, observar o bebê, trocar a fralda	Participação no sono	<b>4. LAZER</b>
Assistir televisão	Exploração do lazer	
-	-	<b>5. TRABALHO</b>
Acessar vídeos sobre cuidado e desenvolvimento infantil	-	<b>6. EDUCAÇÃO</b>
Conversar com o marido, conversar com a irmã, conversar com a mãe, conversar com a sogra	Pares, amigos	<b>7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>
Ficar na casa da mãe, ficar na casa da sogra	Família	
Brincar com o bebê	Participação no brincar	<b>8. BRINCAR</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

No Quadro 11, correspondente ao final de semana (sábado), um mês após a alta do bebê, verifica-se na categoria 1. AVD o registro da atividade de “almoçar na casa da sogra”, sendo que nos outros períodos o almoço era realizado na própria residência. Um mês após a alta, nota-se que as mães realizaram novas ocupações em áreas externas ao domicílio na presença do filho.

Na categoria 2. AIVD aparecem as atividades: “preparar o café da manhã”, “preparar a janta”, “cuidar de outro(s) filho(s), “ir à casa da sogra, ir à loja, ir ao mercado”, “limpar a casa”, “lavar as roupas” e “colocar as roupas no varal”. São ainda identificadas as atividades de “dar o remédio para o bebê”, “oferecer o leite/amamentar”, “ficar com o bebê”, “trocar a fralda”, “banhar o bebê”, “dar a vitamina do bebê”, “limpar o nariz do bebê”, “fazer inalação no bebê”, “deixar o bebê no carrinho”.

Nessa categoria, as mães desempenham mais e diversas atividades com o filho. Apareceram registros de novas atividades relacionadas à cria, a fim de proporcionar bem-estar ao realizar a limpeza no nariz ou ao fazer inalação no bebê, por exemplo. Pode-se inferir que as mães se sentem mais confiantes em oferecer cuidados ao seu bebê, o que pode ainda estar relacionado a sua percepção do desenvolvimento – crescimento do filho.

As atividades envolvendo as categorias 4. Lazer e 7. Participação Social permaneceram limitadas mesmo ao final de semana (sábado), restringindo-se à assistir televisão e ao contato com familiares e com o marido.

O Quadro 12, composto pelos dados coletados nas entrevistas, viabiliza a visualização das ocupações da maternidade significativas, satisfatórias e futuras, na percepção da mãe, durante a internação em UCIN, uma semana e um mês após a alta em domicílio.

Quadro 12 - Ocupações relativas à maternidade.

<b>OCUPAÇÕES RELATIVAS À MATERNIDADE</b>			
	<b>Ocupações relativas à maternidade durante a internação em UCIN</b>	<b>Ocupações relativas à maternidade uma semana após a alta</b>	<b>Ocupações relativas à maternidade um mês após a alta</b>
<b>Significativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar/oferecer o leite</li> <li>- Atividades de cuidar do filho</li> <li>- Observar a equipe exercendo cuidados ao filho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar/oferecer o leite</li> <li>- Restrições de visitas</li> <li>- O banho no bebê</li> <li>- Massagem para alívio das cólicas</li> <li>- Banho de sol</li> <li>- Dormir com o bebê</li> <li>- Brincar com o bebê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O banho no bebê</li> <li>- Massagem para alívio das cólicas</li> <li>- Tratamento do refluxo gastroesofágico</li> <li>- Dar medicações</li> <li>- Realizar inalação no bebê</li> <li>- Conversar com o bebê</li> <li>- Brincar com o bebê</li> <li>- Fazer o bebê dormir</li> <li>- Tranquilizar o bebê</li> </ul>
<b>Satisfatórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar/oferecer o leite</li> <li>- Atividades de cuidar do filho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar/oferecer o leite</li> <li>- Ficar com o bebê o dia todo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar/oferecer o leite</li> <li>- Brincar com o bebê</li> <li>- O banho no bebê</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pegar o bebê no colo</li> <li>- Colocar a roupa no bebê</li> <li>- Acompanhar o momento da pesagem do bebê</li> <li>- Contato físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O banho no bebê</li> <li>- Conversar com o bebê</li> <li>- Passear com o bebê</li> <li>- Banho de sol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer o bebê dormir</li> <li>- Passear com o bebê</li> </ul>
<b>Futuras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar o chá de bebê</li> <li>- Proporcionar o contato com os outros irmãos</li> <li>- O banho no bebê</li> <li>- Banho de sol no bebê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentar o bebê no peito</li> <li>- Sair com o bebê</li> <li>- Dar o banho sem medo</li> <li>- Desejar que o bebê cresça</li> <li>- Pentear os cabelos do bebê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades relacionadas ao desenvolvimento/estímulo do bebê</li> <li>- Desejar que o bebê cresça</li> <li>- Colocar roupas maiores no bebê</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 12 mostra que, durante a internação do bebê, as participantes consideraram a amamentação/oferecer o leite, uma possibilidade de cuidar do filho, enquanto que observar a equipe exercendo os cuidados, como de suma importância no processo de adaptação em ambiente hospitalar. O ato de amamentar e o cuidado dispendido ao filho foram atividades que geraram satisfação às mães, assim como ser possível vestir o bebê, acompanhar o momento da pesagem do filho e o contato físico entre a mãe e o bebê.

Como atividades a serem realizadas no futuro, as participantes consideraram o chá de bebê, o contato do bebê com os outros irmãos, além do banho e do banho de sol. Algumas mães relataram que só conseguiriam vislumbrar alguma atividade que gostariam de realizar fora do ambiente hospitalar. Nesse sentido, ressalta-se a diversidade do ambiente de cuidados intensivos como um ambiente que impacta o desempenho do papel materno, pelos equipamentos, pela rotina hospitalar, pelas restrições, entre outros.

Uma semana após a alta hospitalar, é importante observar que as mães consideraram como atividade significativa as restrições de visita nos primeiros dias do bebê em domicílio. Destaca-se as atividades banho no bebê, massagem para alívio das cólicas, banho de sol, dormir com o bebê e brincar com o bebê. Quanto às atividades satisfatórias, nota-se que as participantes consideraram a possibilidade de ficar com o bebê o tempo todo como atividade que gerou satisfação, além de conversar com o bebê, passear com o bebê, o banho e o banho de sol. Considerando a prematuridade do filho, as mães relataram como atividades que desejariam realizar: a amamentação no peito, sair com o bebê, pentear os cabelos do bebê, dar o banho sem medo, além de manifestarem a vontade de que o bebê cresça, possivelmente pelo fato de que um bebê pré-termo requer uma maior atenção e exija restrições nesse período.

Um mês após a alta, as participantes consideraram como significativas as atividades relacionadas à interação, aos cuidados básicos e aos cuidados de saúde do filho. Dentre elas, destacaram-se o tratamento do refluxo gastroesofágico, dar medicações, realizar inalação no bebê, conversar com o bebê, brincar com o bebê, fazer o bebê dormir e tranquilizar o bebê.

Como satisfatórias, consideraram as atividades de cuidados básicos como a amamentação/oferecer o leite, fazer o bebê dormir e o banho no bebê, além das atividades de interação (brincar com o bebê e passear com o bebê). Como atividades que gostariam de realizar, apareceram as atividades relacionadas ao desenvolvimento/estímulo do bebê, o desejo de que o bebê cresça e o momento em que poderiam colocar roupas maiores no bebê.

### 4.3 Entrevistas

Neste momento serão aproveitadas e destacadas as narrativas das mães participantes deste estudo. As categorias temáticas emergidas das entrevistas são apresentadas a seguir, organizadas em: 4.3.1 Categoria 1 – Gravidez; 4.3.2 Categoria 2 – Nascimento de um pré-termo; 4.3.3 Categoria 3 – Maternidade face à hospitalização do filho: dificuldades e limitações; 4.3.4 Categoria 4 – Internação do filho: aspectos facilitadores, e 4.3.5 Categoria 5 – Construção da identidade ocupacional materna.

Quadro 13 - Categorias e Subcategorias temáticas emergidas das entrevistas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>CATEGORIA 1 – Gravidez</b>	Descoberta e aceitação da gravidez
	Vivência da gravidez interrompida pelo parto antecipado
	Estudo, trabalho e situação financeira
<b>CATEGORIA 2 - Nascimento de um pré-termo</b>	Parto: uma experiência inesperada e traumática
	Primeiro contato com o bebê
<b>CATEGORIA 3 - Maternidade face à hospitalização do filho: dificuldades e limitações</b>	O ambiente da UTIN
	Deixar o bebê no hospital
	Limitações emocionais e físicas no cuidado do filho
	Insatisfação e informações insuficientes
<b>CATEGORIA 4 - Internação do filho: aspectos facilitadores</b>	Espiritualidade: apoio no enfrentamento do nascimento pré-termo
	Apoio social
	Percepção das características do bebê pré-termo
<b>CATEGORIA 5 - Construção da identidade ocupacional materna</b>	Processo de construção da identidade ocupacional materna em UCIN
	Processo de construção da identidade ocupacional materna em ambiente domiciliar

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

#### 4.3.1 CATEGORIA 1 - Gravidez

Esta categoria versa sobre a descoberta, a aceitação da gravidez e o processo de organização pós-parto pelas mães interlocutoras deste estudo.

#### 4.3.1.1 Descoberta e aceitação da gravidez

Esta subcategoria refere-se ao momento em que as participantes descobriram a gravidez. Nos trechos apresentados a seguir, a aceitação de que se tornariam mães esteve relacionada à passagem do tempo. As participantes relataram se a gravidez foi planejada e os sentimentos expressos após a descoberta da gravidez, em que manifestaram felicidade relacionada à ampliação da família e alegria compartilhada com o pai; por outro lado, uma vivência descrita como assustadora e inesperada.

*M3: Quando descobrimos, eu e meu marido ficamos muito felizes. Eu já tenho outro filho que tem 4 aninhos, ele também ficou feliz com a notícia de ganhar uma irmãzinha.*

*M5: [...] eu estava tomando anticoncepcional ainda, mesmo assim eu menstruava. Daí a menstruação não desceu e eu comecei a sentir uns enjoos logo pela manhã, sem comer nada. Era estranho, né? Aí resolvi fazer um teste de farmácia e deu positivo. Foi uma alegria, mas também um susto. Meu marido ficou muito feliz e eu fui aceitando a ideia aos poucos [risos].*

*M7: Eu descobri que estava grávida aos 3 meses porque eu tenho ovário policístico e menstruação irregular. Então quando eu não menstruei, nem desconfiei. Achei que não iria engravidar... E eu também tive câncer no rim quando eu era pequena, era praticamente impossível [engravidar]. Quando eu descobri foi um susto: comecei a chorar de nervoso, meu marido ficou bem feliz.*

*M8: Não queria ter engravidado, mas daí quando passou um tempo a gente aí vai querendo, né?*

*M9: A gravidez não foi planejada. Namorei muito pouco tempo e aí quando eu descobri foi muito pouco tempo. E aí quando eu descobri foi muito assustador, sabe? Eu não sabia o que iria fazer assim.... Porque foi um choque [...]*

Importante ressaltar que, em todos os casos, a descoberta da gravidez foi compartilhada com o marido/companheiro/pai da criança. Além disso, sentimentos de medo e de preocupação concernentes à aceitação da paternidade pelo marido/companheiro foram evidenciados nos relatos das participantes, evidenciando a importância da prestação de apoio e do acolhimento da figura paterna neste momento, bem como a reação dos avós.

*M9: Eu tinha muito medo da reação do meu namorado, agora meu marido, né? Eu achei que ele não fosse gostar muito, mas, nossa, ele amou! Ele amou, assim, ele é super coruja. Meu pai não aceitou muito no começo porque ele não gostava do meu namorado, mas aí depois... Ficou muito feliz também, ficou todo mundo feliz.*

Algumas mães (M2 e M4) representaram a maternidade como a realização de um

sonho esperado pelo casal. Para algumas mães primíparas (M5, M6, M7 e M8), as famílias extensas dos casais ficaram animadas, pois seria o primeiro neto de ambos os lados.

A ultrassonografia obstétrica foi considerada como marcante no período de gestação. O exame ultrassonográfico possibilitou à mãe visualizar a imagem do bebê antes de seu nascimento, permitindo aceitar a realidade de que seria mãe. M9 fala da aceitação da gravidez ao realizar o exame: “Eu só aceitei depois quando... Depois que eu vi no ultrassom. Aí eu comecei a aceitar melhor, parece mais real”.

#### 4.3.1.2 Vivência da gravidez interrompida pelo parto antecipado

As falas mostram que a abreviação da gravidez interrompeu a vivência materna das condições normais esperadas da gestação, destacando-se a impossibilidade de fotografar imagens da barriga crescendo ou de realizar o chá de bebê antes do nascimento do bebê.

Para M9, foi difícil reconhecer a maternidade sem que visualizasse a evolução do período gestacional, conforme o relato: “[...] ficava tirando foto em frente ao espelho e cadê a barriga? Parecia que nem estava grávida, nem cresceu muito a barriga, até porque B9 nasceu antes também”.

Da mesma forma, M5 e M7 lamentaram não ter desfrutado maior período grávidas:

*M5: [...] por ser primeiro filho, eu queria ter aproveitado mais ele na minha barriga, mas descobri tarde. Já estava quase com 4 meses [...]. Fiquei muito mal por não poder fazer o chá de bebê, ele nasceu muito antes. A primeira coisa que quero fazer é um belo chá de bebê.*

*M7: [...] fiquei feliz porque queria ter um filho, mas queria ter me preparado primeiro. Não tirei fotos com o barrigão, foram só 4 meses ainda na minha barriga.*

M7 relata que o evento do chá de bebê era importante para ela que tinha o sonho de ser mãe e desejava compartilhar essa alegria com pessoas próximas e queridas, mesmo com o filho internado: “Eu queria que ele participasse do chá de bebê, mas ele quis nascer antes, os convites já estavam entregues e não tinha como adiar”.

#### 4.3.1.3 Estudo, trabalho e situação financeira

Nos relatos de algumas participantes, evidencia-se um momento de crise em relação à gravidez. A tensão teria sido influenciada pelo fato dos pais não exercerem atividade remunerada, exigindo uma reorganização quanto à situação financeira, estudo ou trabalho, e, em alguns casos, dependência econômica de outros membros da família. Esse período

experenciado pelas mães emerge nas falas de M1 e M8.

M1: [...] *fiquei preocupada porque meu marido está desempregado e eu também parei de trabalhar agora para cuidar dele.*

M8: *Eu engravidei com dois meses de namoro, fiquei desesperada, comecei a chorar, porque eu não queria, não queria e não queria. Nem eu, nem meu namorado estamos trabalhando. Então por enquanto está sendo difícil porque a gente depende dos nossos pais, principalmente dos pais dele porque só tenho minha mãe e ela mora longe.*

Percebe-se que a preocupação descrita como necessidade imediata concentra-se em prover o sustento do filho. As participantes manifestam expectativas futuras quanto a retomar ou não à vida profissional e reinserir-se no mercado de trabalho, bem como pretendem retomar os estudos e ingressar no ensino superior, vislumbrando uma melhor qualidade de vida, conforme as falas que se seguem:

M3: *Sempre fui muito ativa. Trabalho como garçonete, mas com a B3 tenho que ficar mais com ela. Quando ela estiver maiorzinha eu volto para o trabalho e deixo-a com a minha sogra porque trabalho à noite com meu marido [...]*

M4: *Tenho muitas preocupações e uma delas é se vou ou não voltar a trabalhar.*

M7: *Preciso trabalhar, meu marido está dando conta por enquanto, mas preciso procurar um emprego.*

M9: *Quando a B9 crescer, eu quero estudar. Vou colocar ela na creche e quero fazer administração e depois trabalhar. Antes de ela nascer, cheguei a fazer curso técnico de enfermagem, mas não concluí.*

Os relatos mostram que as preocupações trazidas pelas mães denotam que o nascimento de um filho, principalmente para as mães primíparas, modifica significativamente a vida da mãe, que apresenta dificuldades para retomar ou iniciar outras atividades, extrapolando as relacionadas à cuidar do filho, como observado nos relatos. Nesse sentido, as mães podem vir a perder sua identidade ocupacional relacionada ao trabalho.

#### 4.3.2 CATEGORIA 2 - Nascimento de um pré-termo

Nesta categoria apresentamos os relatos das mães frente ao nascimento de um pré-termo. As participantes consideraram a prematuridade do filho como uma experiência inesperada e traumática e relataram como foi o primeiro contato com o filho em ambiente hospitalar. Neste contexto, algumas mães negaram a prematuridade do filho.

#### 4.3.2.1 Parto: uma experiência inesperada e traumática

Apesar de a gravidez ser descrita como “tranquila” pelas interlocutoras, o fim desta ocorreu, conforme a narrativa das mães, de maneira traumática ao vivenciar, logo após o nascimento, a internação do filho em uma UTIN. Ainda houve relatos quanto ao parto inesperado.

M1: [...] *minha gravidez foi bem tranquila... Eles [médicos] falaram que o cordão estava ao redor do pescoço e ele também nasceu com dificuldade para respirar por isso foi levado para a UTIN.*

M8: *Minha gestação foi boa: não tive nada, nem infecção de urina, nem anemia, nem nada. Daí quando minha bolsa rompeu é que eles falaram para mim que eu iria ter que, assim, eu iria ter que segurar ela, né? Porque eu fiquei com a bolsa rota 15 dias. Aí eu iria ter que segurar ela porque um dia na minha barriga, era um dia fora da UTI. Aí eles falaram que quando ela nascesse ela teria que ir para a UTI mesmo, que ela era muito novinha, que ela iria nascer de 7 meses.*

M9: *Tudo aconteceu muito rápido. Eu estava com 29 semanas e aí uma semana antes de eu ter que tirar ela, eu já tinha sentido muita dor na boca do estômago e nas costas, né? Mas até então ninguém falou nada para mim do que poderia ser e eu fui para casa. Daí na sexta-feira a minha pressão estava muito alta e aí foi quando eu internei. Aí no sábado o doutor fez o ultrassom e.... E viu que talvez eu teria que tirar ela, né? Porque os exames deram meio preocupantes assim.... Aí ele disse que iria refazer os exames e que na segunda a gente conversava – isso foi no domingo à noite. Aí segunda outro médico veio para tirar ela porque não iria dar tempo, sabe? De eu esperar para segunda. Daí ela nasceu de 29 semanas. Ainda bem que estava tudo pronto em casa, só faltava, assim, aquelas coisas básicas, como lavar a roupinha.*

A gestação considerada de alto risco pode ter intensificado a adaptação emocional das participantes ao novo papel como mãe. Um exemplo foi o que ocorreu com M4, submetida ao procedimento de cerclagem cervical devido à dilatação do colo, e que se frustrou ao não conseguir evitar o parto pré-termo, mesmo seguindo todas as orientações médicas.

Nas entrevistas, as narrativas evidenciaram os sentimentos presentes na hora do parto, em que a condição de prematuridade implicou o medo da dor experimentada no momento do nascimento do bebê e, conseqüentemente, do procedimento anestésico, bem como o medo sobre sua própria sobrevivência e a do bebê. Ressalta-se que, em uma gestação de risco, a escolha do tipo de parto nem sempre é possível, e o temor da perda do filho pode ser potencialmente manifestado.

M4: *A gravidez até que foi tranquila, mas eu tenho incompetência istmo-cervical e precisei fazer cerclagem. Tive sangramento por três dias e, então, retiraram a cerclagem e logo depois foi o parto. Eu tentei levar a gestação*

*até quando não deu mais. Aguentei o máximo que pude, mas ele tinha vontade de nascer, ele nasceu com um pouco mais de 1 kg [...] doeu muito.*

*M6: Eu fiz uma curetagem que deu errado, foi um pesadelo. Eu e o B6 poderíamos te morrido. Eu sangrei bastante e achei que iria morrer. Eu passei por cirurgia quando o tive e teve complicação, também fiquei internada bem do lado da UTI onde ele estava: fiquei 6 dias lá. Quase morri porque perdi muito sangue, tive perfuração no útero, tive que tomar 10 a 12 bolsas de sangue. Foi difícil, mas mesmo assim visitava ele todo dia.*

*M1: O parto doeu, foi normal e eu queria cesárea.*

*M8: Eu senti muito medo do parto, o povo falava que não podia se mexer na agulha se não poderia ficar paraplégica, né? Que poderia acontecer alguma coisa se injetasse errado. Mas na hora não senti nada: eu já estava sentindo tanta dor – muita dor mesmo – mas não queria parto normal, também porque ela estava sentada.*

Por outro lado, uma das mães participantes, M3, multípara, considerou o parto tranquilo e o comparou com a experiência anterior. De acordo com M3, a recuperação de um parto normal é mais rápida se comparada ao parto cesárea, e, em virtude disso, relatou que foi possível visitar B3 logo após o nascimento.

*M3: Olha... Eu fiquei internada 15 dias durante a gestação por causa da pré-eclâmpsia, eles falaram que a B3 iria nascer prematurinha... Meu outro filho, apesar de ser tudo planejado, a cesárea foi cruel... Não conseguia andar direito, tudo doía. Agora com a B3 foi bem rápido e fiquei melhor até para visitar ela.*

Dentre as falas das mães primíparas M4, M8 e M9, essas participantes consideraram a impossibilidade de uma nova gestação. Para essas mães, o pós-parto e a internação do filho foram considerados eventos traumáticos e desencadeadores do medo materno em vivenciar outra experiência semelhante.

*M4: Foi tão ruim que não quero ter mais filhos. Só de pensar que posso passar tudo o que passei de novo, eu não quero...*

*M8: Eu não quero ter outro filho. Espero não voltar a ter essa experiência em hospital.*

*M9: Não quero ter mais filhos. Tudo o que passei com a B9 foi demais para mim e ainda eu tenho eclampsia, é complicado. Quem sabe mais para frente eu mude de ideia porque ainda sou nova, mas tudo o que passei ainda é muito recente e ainda me deixa mal só de pensar.*

Ainda nota-se que a insatisfação das mães em relação ao parto estava relacionada ao fato da ausência do pai e da médica, figuras consideradas pelas interlocutoras como importantes para esse momento tão significativo. Para M7, a presença da médica obstetra,

nesse momento, era essencial. No entanto, houve a supressão da profissional, referência constante durante todo o período gestacional, devido ao parto ter ocorrido de maneira inesperada. A mãe relata que ao requisita-la não houve resposta afirmativa. Além disso, M7 relata outras frustrações que vivenciou no momento do parto, dentre elas, a perda de líquido ou secreção vaginal, que indicava o trabalho de parto.

*M7: [...] eu naquela posição de frango assado que eu odiei e os estudantes lá tudo olhando, a porta toda hora abrindo... Eu estava pagando as consultas, iria começar a pagar a cesárea, mas quando senti uma água branca escorrendo que molhava o absorvente e passava para a calcinha, vi que tinha algo errado. A médica disse que não era nada, daí no outro dia fui tomar banho e escorreu na minha perna. Vim me consultar e já estava dilatada, fiquei triste porque a médica que acompanhou todo meu pré-natal e que eu gostava, no dia que ele nasceu ela tinha acabado de ir embora para casa depois do plantão e nem me viu lá. Senti falta dela, mas tudo bem, já foi. Só no outro dia ela mandou mensagem perguntando se eu estava bem, mas nem veio me ver no quarto. Eu estava pagando para ela, queria que ela estivesse.*

Um aspecto relevante no discurso de M9 foi a ausência do marido/pai na ocasião do parto, o que a fez se sentir ainda mais sozinha. M9 conta que ficou internada devido à pré-eclâmpsia, e que, como tudo parecia estável, sem sinais de trabalho de parto iminente, sugeriu ao marido que fosse descansar, porém, quando ele retornou ao hospital, o parto já havia ocorrido. Apesar de o parto ter sido acompanhado pela mãe da participante, o mesmo foi repleto de sensações de medo e solidão. M9 descreveu esse episódio como difícil, sendo que era um momento importante para os dois como pais. M9 demonstrou-se muito emocionada no momento em que relatou a experiência.

*M9: [...] o médico já veio e aí ele falou que a gente tinha que tirar ela, né? Aí eu perguntei quando e ele falou, "Agora". Aí eu já fui, sabe? E assim, me doeu porque meu marido não estava comigo, ele tinha dormido a noite toda lá comigo e eu fiquei com a tia dele.... Ele tinha dormido comigo, daí eu falei para ele ir para casa, descansar um pouco. Só que ele foi jogar futebol, acho que ele não iria conseguir descansar assim, sabe? Daí ele foi jogar futebol, aí eu não conseguia falar com ele, ela nasceu e ele chegou só quando ela já estava aqui na UTI... Mas eu fiquei bem assustada assim, eu chorava bastante, mas foi tudo diferente sem o pai, eu sinto até por ele, ele ficou bem mal.*

#### 4.3.2.2 Primeiro contato com o bebê

Em relação ao primeiro contato com o filho, logo após o nascimento, as mães relataram ter sido um momento breve. Apesar disso, as mães demonstraram compreensão pelo fato do filho necessitar de cuidados imediatos oferecidos pela UTIN.

Ainda, algumas mães explanaram o espanto ao ver o tamanho do bebê, enquanto outras não se surpreenderam ao vê-los pela primeira vez, já esperando que o filho fosse pequeno devido à prematuridade. Outras, quando se aproximaram da incubadora esboçaram tristeza e surpresa ao verem o filho tão pequeno, momento, ainda, de impacto ao depararem-se com o filho cheio de tubos, monitores, ventilação mecânica.

Para algumas interlocutoras, ver o filho pela primeira vez as deixou sem reação, o que culminou em choro. Relataram essa vivência como um pesadelo, com expressão de medo e de preocupação. Mães que tinham outros filhos perceberam diferenças entre eles, mencionando, especificamente, o fato de o bebê ser pequenino.

*M1: Foi tudo muito rápido, nem vi direito meu filho. Mas de qualquer forma foi um momento único e especial, assim como quando nasceram meus outros filhos, sei que ele não poderia ficar comigo.*

*M2: Eu a vi na incubadora, foi um pesadelo. Queria levar para casa, fazer alguma coisa, mas eu não podia, era necessário ela ficar lá... Mas foi um pesadelo, não quero nem lembrar.*

*M3: [...] mas foi difícil para mim ver ela tão pequenininha. Eu a vi muito rápido, logo ela foi para a UTIN. Mas a imagem dela pequenininha não saía da minha cabeça, porque meu outro filho não nasceu prematuro. Na UTIN, eu fiquei olhando para ela, tão pequenininha, não sabia o que fazer. Eu olhava, ela ficou entubada, cheia de aparelhos, não sabia nem o que fazer.*

*M4: Tive que enfrentar o medo e ver ele na UTIN, na incubadora: nada do que imaginei como mãe... Foi o dia mais feliz e também o mais preocupante. Ver ele intubado desmoronou meu coração e achei que não iria suportar tudo aquilo.*

*M5: Nem o vi direito e ele teve que ir para UTIN. Lá na UTIN, senti vontade de chorar. Ele era pequeno e ainda na incubadora, não sabia o que fazer, só ficava olhando.*

*M6: Quando ele nasceu, eu falando com ele, ele olhava para mim e deu aquele sorrisinho: vontade era pegar, morder [risos], levar ele embora, só que ele tinha que ficar, né? Não foi como eu imaginava, mas foi uma experiência muito boa. Quando o vi – acho que porque ele recém tinha nascido – estava inchado e parecia que era maior, mas quando eu fui na UTI e o vi pequeno, cheio de aparelhos, eu paralisei. Eu pedi para as pessoas que estavam lá que confirmassem se era meu filho mesmo: não o reconheci, muito pequeno e magrinho. Eu chorei, não acreditava que era ele.*

*M7: Quando ele nasceu, o colocaram na minha barriga, mas logo levaram ele, rapidinho, levaram ele na UTI. Aí eu já comecei a chorar, chorei muito, mas depois passou [...] quando eu entrei na UTI, eu dei de cara com um bebê que tinha umas 24 semanas, pequeno, até sem pele, todo vermelho, eu fiquei tão mal e chorei. Daí quando vi B7 fiquei até mais tranquila que era maiorzinho.*

M8: [...] *até ela nasceu e já foi para a UTI, nem vi ela. Depois que eu vi, eles explicaram melhor: disseram que ela nasceu com dificuldade respiratória. Depois do parto, já levaram ela porque foi entubada por causa da dificuldade respiratória. A primeira vez que eu vi ela foi desesperador. Nossa, eu chorei tanto, tanto, tanto, porque quando eu cheguei ela estava numa... Tipo numa caixinha [incubadora]. Daí estava saindo um arzinho quente, e ela era muito pequenininha, muito pequenininha, até choro só de lembrar.*

M9: [...] *eu encostei nela no segundo dia que eu fui ver ela, porque a enfermeira me obrigou a encostar nela. Ela disse, “Não... É sua filha, você tem que colocar a mão nela”, mas eu não queria, sabe? Eu tinha medo de... Ela era muito pequenininha, ela já é pequena agora [na UCIN], imagina lá [na UTIN] ...*

O confronto entre o bebê projetado e o bebê real, logo após o nascimento, refletiu para algumas mães, como M3, M5, M6 e M8, um não entendimento de como interagir com o filho, evidente, sobretudo, no início dessa vivência. M9 antecipou a ideia de que não seria mãe de um bebê saudável, mas de um bebê pré-termo e que, portanto, seria pequeno e diferente. Ainda assim, esse primeiro momento, que se deu em uma UTIN, exprimiu um período de rejeição por não saber como lidar com o filho no início da maternidade.

M3: *Na UTIN, eu fiquei olhando para ela, não sabia o que fazer.*

M5: [...] *ele era pequeno e ainda na incubadora, não sabia o que fazer, só ficava olhando.*

M6: *Na primeira vez, eu não queria ver ele, não parecia ele. Eu tive que chamar a enfermeira, porque achava que não era ele.*

M9: [...] *eu não aceitava muito bem que ela tinha que nascer já, então... Eu sabia que ela não iria nascer uma criança normal, eu sabia que ela iria nascer uma criança muito pequenininha. Aí eu não queria ver, eu não queria que me contassem a hora que iria cortar o cordão, não queria que contassem a hora que ela nasceu. Eu só soube que ela nasceu porque na hora vieram todos me parabenizar. Mas, assim, eu não quis saber, eu não quis ver ela na hora, até porque foi muito rápido, mas eu chorava muito assim. Eu fiquei bem assustada. A primeira vez que a vi foi na UTI, aí eu me sinto mal porque dei uma rejeitadinha, assim, sabe? Porque foi um choque, eu me sinto mal com isso até hoje, eu não coloquei a mão nela, parecia um ratinho, sabe? ... Eu fiquei acho que só 5 minutos na UTI e já quis ir embora.*

Algumas mães negaram a prematuridade do filho, apresentando desconfiança quanto à idade gestacional do bebê. M1 destacou a imaturidade dos pulmões do recém-nascido pré-termo. As participantes M1 e M7 expressaram essa negação relacionada ao tamanho e às respostas do bebê.

M1: [...] *sinto que ele não é prematuro, eu acredito que ele não seja.*

*Disseram que esqueceram de dar aquele... O surfactante para os pulmões, por isso ele ficou mais tempo na UTIN. Acho que ele não é prematuro. Se você olha para ele, você acha que é prematuro? Não é não.*

*M7: [...] para mim os médicos erraram: o B7 não nasceu só de 30 semanas, ele é muito esperto e está cada dia melhor.*

#### 4.3.3 CATEGORIA 3 - Maternidade face à hospitalização do filho: dificuldades e limitações

Esta categoria se refere aos sentimentos e às percepções maternas diante da experiência de ter um filho pré-termo internado em uma UTI Neonatal. Emergiram das falas sentimento de culpa e uma leitura da UTIN como um local pouco acolhedor, com diversos aparelhos, ruídos e a imagem de um bebê frágil e hospitalizado.

##### 4.3.3.1 O ambiente da UTIN

O nascimento pré-termo expõe mãe e filho a circunstâncias adversas com o bebê que necessita permanecer em uma UTIN logo após o parto e a mãe que deve adaptar-se à essa situação.

Os resultados mostram a ambivalência de sentimentos da mãe em relação à UTIN e ao bebê: sentimento de impotência e, ao mesmo tempo, desejo de levar o filho para casa e cuidar dele; a vontade de se apegar ao filho, mas também de permanecer distante. Durante a internação as mães tiveram que conviver com um ambiente desconhecido, com a instabilidade do bebê e com a restrita transmissão de informações por parte da equipe.

Vivenciar a internação do filho em um ambiente tecnológico, com alarmes, tubos, sondas etc., provocou um impacto significativo para essas mães. Os primeiros dias de admissão do bebê à UTIN resumiram-se ao uso de antibióticos, de medicações e à monitoração constante, além de lidar com a eminência da morte do filho, sendo um período particularmente desgastante para as mães que participaram do estudo.

*M1: No início, eu só pensava em coisa ruim vinda da UTI, mas ao mesmo tempo eu sentia muita gratidão por fazer o que era possível pelo B1. É difícil falar... Cada vez que iria visita-lo eu vivia uma avalanche de sentimentos: é só os bipes dos aparelhos, o bebê intubado e chorando e eu não podia ouvir o choro dele. Ficava em pé por horas alisando uma incubadora como se eu estivesse chocando um ovo. Eu me sentia distante, quantas lágrimas ao ver meu amor tão frágil dentro daquela incubadora, e eu nada poderia fazer. Eu ficava ansiosa querendo que o tempo passasse rápido, mas na UTI, né? ... Não é bem assim.... Eu tinha uma vontade louca de pegar ele e sair correndo dali, mas eu tinha que me conformar que ali era o melhor lugar e ele estava sendo bem cuidado.*

M4: *Passei por muitas coisas. Saber que ele foi reanimado e depois intubado, foram dias de muita tristeza. Os dias da UTIN são dias que eu quero tentar esquecer, não desejo para ninguém o que passamos vendo o B4 pela incubadora – que quando apitava ficava sempre preocupada achando que tinha acontecido algo errado. Eu e meu marido vimos por duas vezes a morte de perto e foi terrível, por conta de uma infecção do B4.*

M5: *O lugar mesmo é tudo muito cuidadoso – até porque o nome é UTI – e além de ficar pouco tempo, você não sabe os resultados do exame, vai embora sem saber como será o outro dia, tudo isso atrapalha.*

M6: *Na UTIN tudo se resume à antibiótico, medicação, aparelho para respirar.*

M7: *[...] pensei que ele iria morrer, quando falam que vai para a UTI, você já pensa, já fica nervosa, porque tem uma palavra forte.*

M8: *Na UTIN, consegui pegar ela umas três vezes, mas foi muito ruim no começo ver ela entubada, com sonda – ela ficou sedada uns três dias porque a sonda estava incomodando. Daí depois ela foi acordando, demorou a acordar porque ela estava muito tempo sedada. Aí depois de um tempo, já tiraram o oxigênio, aí ela ficou só com a sonda mesmo. Com o tempo fui vendo que ela estava crescendo, saindo dos aparelhos, vendo ela diferente. Na UTIN é muito ruim, tem uns bebezinhos muito pequenininhos que nascem antes do tempo, bem antes do tempo.*

M9: *Na UTI, o horário é muito pouco, às vezes para ver, sabe? Você tem que... Só é dois horários, meia hora cada horário, ainda mais que o pai dela trabalha. Porque, assim, logo no dia que ela nasceu, na segunda já era o primeiro dia de férias dele e deu muito certo, assim, sabe? Ele ficou um mês em casa comigo, me ajudou bastante, então era fácil, assim. Ele vinha todo horário para ver ela, agora quando ele começou a trabalhar ficou meio difícil, ele saía do serviço quase 16h40. Então tinha que pedir para o chefe liberar mais cedo que ele tinha que vir, o ruim é isso.*

Algumas das mães refletiram sobre os primeiros dias na UTIN com tristeza e medo da perda, por outro lado, reconheceram que a necessidade desse ambiente era inequívoca para a sobrevivência do filho. A partir desse contexto e da aparência do bebê, as mães interlocutoras depararam-se com a percepção de que a condição do filho era impreterivelmente grave e que era inevitável pensar na possibilidade do bebê não sobreviver, pois estava em uma Unidade de Terapia Intensiva.

A partir das narrativas é possível observar que as mães participantes acharam o período na UTIN excepcionalmente difícil. Sentiram-se desconfortáveis em um ambiente com tecnologias, equipamentos, rotinas e procedimentos específicos que não faziam parte de seu cotidiano.

M9 relata que na UTIN as mães não tinham contato umas com as outras, cada uma ficava com o seu bebê, até porque o tempo de visita era reduzido. Ademais, o período

reduzido em que as mães poderiam ficar com o filho na UTIN, foi visto como uma norma que atrapalhava o contato inicial entre mãe-bebê. Por outro lado, as participantes compreendiam que uma Unidade de Terapia Intensiva deve restringir o acesso devido ao risco de infecção.

Para algumas delas, o sentimento de ser mãe não foi vivenciado enquanto o filho permanecia na UTIN. Ao mesmo tempo em que sabiam que eram mães, não sentiam vontade de ver ou de estar com o filho. Para elas, o sentimento de impotência surgia de se sentirem expectadoras, não sabendo o que fazer, principalmente nos primeiros dias de internação, uma vez que o estado clínico do bebê era mais crítico diante da fragilidade exposta.

Na UCIN, da mesma forma que na UTIN, algumas mães apresentaram sentimentos de impotência diante da internação do filho, pois um bebê pré-termo necessita de cuidados específicos. Muitas participantes chegam a pensar que sua presença não é necessária, visto que sem autonomia para cuidar da cria.

*M5: [...] ele é meu filho e ele está aqui ainda, né? Parece que não é 100% seu ainda, mas fazer o que? ... Hoje, o melhor é ele estar no hospital, tem que aceitar, né? O filho não é 100% nosso, queria dar chupeta e a médica não deixou.*

*M7: A enfermeira me viu beijando o B7 na boca e não gostou. Mas eu beijo ele na boca, sim. Eu sou a mãe e posso. Não tem nada a ver com contaminação, eu beijo e elas nem veem. Teve um dia que espirraram aqui e não se protegeram e querem que a gente se proteja. Eu não estou nem aí, dou beijo nele sim.*

Por outro lado, as mães relatam momentos felizes vivenciados na UTIN, relacionados à percepção da melhora na condição clínica do filho, a ver o filho chorar e a poder pegá-lo no colo. Nesses momentos, nota-se a possibilidade de um protagonismo maior da mãe a partir da possibilidade de segurar o filho.

*M9: Apesar de tudo, tem muitos momentos bons na UTI. Igual quando eu a vi respirando sozinha, que desentubou sozinha. Aí viram que ela estava respirando super bem. Cada vitória dela era o melhor dia: ela aceitando o leite bem, quando aumentaram a dose do leite, você ouvir ela chorando, sabe? Ela ter força para chorar, poder pegar ela no colo.*

Todas as participantes estavam vivenciando pela primeira vez a experiência de ter um filho pré-termo internado na UTIN. Nesse sentido, relatos compartilhados de familiares das mães com elas, de que haviam tido um filho que nasceu prematuramente ou de que vivenciaram a internação do bebê em uma UTIN, amenizaram a preocupação de ter um filho nessas mesmas condições.

*M2: Uma prima minha me contou como era a UTIN. Então entendi que era*

*um lugar importante para os bebês que nascem prematuros que nem a B2. A filha da minha prima hoje está com sete anos e nem parece que nasceu prematura, eles se desenvolvem bem.*

*M9: Meu sobrinho vai fazer quatro meses agora, mas quando ele nasceu ele teve que passar por uma cirurgia, uma hérnia diafragmática. Ele também ficou na UTI depois foi para o berçário. E meu irmão sabia, assim, o sentimento que era, ele sabia o que era estar ali então me deu muito apoio.*

Algumas mães relataram estranheza ao adentrar pela primeira vez a uma UTIN. Ao se depararem com a fragilidade orgânica do filho, que dependia de aparatos tecnológicos para sobreviver, as mães descrevem a UTIN como um ambiente que oferece monitoramento (tecnologia informacional) e a utilização de tubos (tecnologia de apoio). Ainda, apontaram a falta de informação acerca dos nomes e dos objetivos dessas tecnologias na UTIN, bem como na UCIN.

*M6: Aquela coisa verde [bomba de infusão] que não sei o nome eu tinha medo na UTIN, não sei para o que servia.*

*M7: Eu não entendo nada desses números [incubadora], não sei se está quente demais, se está boa a temperatura para ele.*

Dos sentimentos emergidos da maternidade do filho internado, foi identificada a culpa pelo nascimento de um bebê que precisa permanecer em UTIN. As falas a seguir expressam essa inquietação:

*M2: [...] cuidar dela, porque é muito difícil ver que é prematura, que ficou na UTIN. Você acha que não vai para frente... Eu nunca vou esquecer o que ela passou, que às vezes a gente se culpa: não cuidou, sabe? No começo, eu falava que queria estar no lugar dela e ela vir embora.*

*M8: Fiquei mal porque eu fiquei achando que era culpa minha, né? Mas depois, vendo outras mães passando por isso, eu vi que são coisas da vida, que acontecem.*

#### 4.3.3.2 Deixar o bebê no hospital

A internação do bebê foi vivenciada pelas mães com muito sofrimento, sobretudo considerando que quatro das participantes, M2, M4, M6 e M7, não residiam no município em que o filho encontrava-se hospitalizado.

As mães foram confrontadas com uma realidade diferente da idealizada, necessitando deixar o hospital sem o filho. Essa situação culminou em sentimentos maternos como solidão e tristeza.

As mães relataram desconforto ao serem questionadas a respeito do bebê por pessoas

que fazem parte do convívio social ou pelo irmão mais velho, visto que, com o nascimento pré-termo, há pouca oportunidade de o recém-nascido ser apresentado. Além disso, uma participante, a M9, teve que lidar com julgamentos quando os amigos ficavam sabendo que ela continuava realizando atividades de lazer, como sair com o marido no período noturno, enquanto o bebê permanecia internado.

M1: [...] *tinha que lidar com mensagens de amigos perguntando: “Ele não teve alta ainda?”. Olha... Eu nem respondia, mas isso me deixava mal.*

M1: *É ir embora sem barriga e com as mãos vazias, os braços balançando, um pesadelo... Eu sentia o peito cheio de madrugada e não podia alimentar meu filho. Usei remédio para o leite descer e comprei a bombinha, ficava um tempo espremendo os seios e ficava frustrada com algumas gotas que saíam. No começo, mesmo estando cercada de gente da minha família, eu me sentia sozinha.*

M3: [...] *meu filho fica cobrando a irmãzinha e como eu não tinha foto e nada para mostrar, ele até duvidava – difícil quando você tem outro filho porque eles não entendem, você mesmo não sabe o que está acontecendo, imagina eles...*

M4: *Senti-me péssima quando deixei o hospital, foi o pior momento da minha vida: o ver precisando de ajuda e não poder fazer nada, ter que deixar ele no hospital.*

M5: *A pior coisa é ficar vindo ao hospital. Eu não estou bem, tudo aconteceu muito rápido e ainda ir para casa sem ele é um tédio, parece que os dias não passam, sempre a mesma coisa. Sem ele não tenho vontade de fazer nada. Depois da alta quero ficar o tempo todo com ele que vai ser outra coisa, né?*

M6: *Eu ia de um jeito e voltava de outro, só podia encostar-se àquela coisinha [incubadora], só relar nele.*

M7: *Eu nem durmo direito pensando no meu menino, se ele engordou, se está bem.*

M8: *As pessoas me irritam muito, até a mulher da padaria fica perguntando do bebê e eu digo que está em casa dormindo.*

M9: *Já imaginava cuidar, dar banho, em fazer dormir sabe, amamentar, levar para casa – acho que o mais triste é você não poder levar para casa, ir embora sem ela. Foi difícil. Imagina você ser mãe e ter que deixar ali? [...] Você nunca vai ter uma notícia boa já no primeiro dia: nos primeiros dias é sempre uma notícia ruim, sabe? ... É sempre que ela está estável. Estar bom, não significa que não melhorou, mas também não piorou, né? Era sempre assim: “Está estável”. Tinha dias que eu chegava na UTI bem e voltava mal, um dia sua filha ganha peso no outro perde, daí no outro tem que furar ela para fazer exame porque a barriga está estendida.*

M9: *Mesmo com a B9 internada, eu saio. Eu tenho só 20 anos, não vou ficar trancada em casa. Eu visito ela todo dia, mas à noite eu saio e as pessoas*

*olham com cara feia e daí quando perguntam onde está a B9 e eu digo que ainda não saiu do hospital, perguntam: “Você sai enquanto ela está internada?”. Daí eu fico mal.*

Ainda, as mães apontam que, mesmo em casa, não conseguiam desligar-se da rotina do hospital e ficavam pensando no filho internado, preocupadas com os cuidados do bebê. Além disso, consideraram ser desgastante se deslocarem de suas residências para visitar o bebê.

*M4: É do hospital para casa e assim vai, todo dia. É muito desgastante ter que depender de ônibus, cada dia é igual.*

*M5: Hoje eu não faço nada mais, não tenho cabeça. Às vezes eu estou assistindo televisão, eu posso estar assistindo televisão, mas meu pensamento está longe, pensando nele.*

*M6: Estou dando o peito. Eu saio do berçário para pegar o ônibus e fico achando que ele ainda está com fome, complicado ter que ir embora e deixar ele.*

*M7: É ruim porque moro longe e dependo de carona. Às vezes meu pai vem à – cidade da instituição – a trabalho e me deixa aqui. Daí depois vem meu marido, coitado, sai do trabalho correndo para ver o filho.*

É possível perceber, nas narrativas das interlocuras, a construção de um significado quanto ao tornar-se mãe, considerando a presença materna como figura indispensável às necessidades do filho. Porém, frustrando as expectativas dessa representação, eram obrigadas a deixar o hospital sem o bebê e, de acordo com suas possibilidades financeiras ou o auxílio da instituição, passar dias ou até meses transitando entre o ambiente domiciliar e a instituição para visitá-lo.

#### 4.3.3.3 Limitações emocionais e físicas no cuidado do filho

Durante a internação do filho em UTIN, a maioria das participantes, diante da fragilidade do bebê, sentiram-se impotentes e pouco ativas, argumentando não saber o que fazer. Conforme os relatos, a limitação dos cuidados desempenhados pelas mães dificultou o desempenho da maternidade, quando ainda se perceberam desprovidas de seu papel, sentindo-se espectadoras.

*M5: Às vezes pegava no colo ou passava o dedo nele, mas tudo muito rápido, eu olhava mais. É tudo meio rápido na UTI, o horário também para visitar... Tinha dias que eu não ia e daí eles ligaram perguntando o que estava acontecendo: eu não tinha vontade de ir, eu pensava que ele estava sendo bem cuidado e eu não tinha muito o que fazer lá, só olhar.*

*M9: Alguns perguntam se você quer pegar ele, outros não. Eu só pego ela quando perguntam senão fico só olhando, mas claro que todas as vezes que eu estou com ela eu quero pegar.*

As condições clínicas do bebê podem gerar medo e apreensão materna e, nesse sentido, por vez não aptas a visitarem o filho, o que dificulta o contato com o bebê e, conseqüentemente, o vínculo entre eles. Duas mães, M5 e M9, relatam não ter se sentido bem ao visitar os filhos na UTIN e, assim, tiveram a atenção chamada pela equipe médica. Percebe-se que as mães se sentem obrigadas a frequentar o hospital para não serem julgadas pelos profissionais.

*M5: Eu não estava bem, não queria ir ao hospital, tive depressão pós-parto. Só fui porque a enfermeira ligou perguntando por que eu não estava indo.*

*M9: [...] eu demorei um pouco para encostar-me a ela, eu encostei no segundo dia que eu fui ver ela [...] mas eu não queria, sabe? [...] eu só via ela com o olhinho vendado, eu não queria ver o rosto dela, sabe? Só via ela assim, eu só via ela deitada de um lado e eu de costas assim, porque eu não queria enxergar ela. Eu iria ver assim porque também iria me sentir mal se não fosse até porque os outros falam, mas de vontade que eu tinha para ver ela eu não tinha.*

M7, por sua vez, refere que pegar o filho no colo dependia do incentivo dos profissionais da UTIN e que só o fazia quando solicitada. Ainda, apontou como as principais dificuldades em permanecer no hospital a saudade dos familiares e dos outros filhos. Mães que tinham outros filhos observaram a maternidade como fator que dificultava a permanência estendida no hospital, pois apresentavam ansiedade em virtude do afastamento do lar e das atividades domésticas, vivenciando uma situação conflitante quando tinham que deixar o marido e os outros filhos em casa. M3, por exemplo, relata que, “Como eu tenho outro filho, eu não consigo ficar sempre no berçário [...] mas eu me esforço para estar sempre com ela”.

Percebe-se que, apesar das dificuldades em permanecer no hospital, as mães não admitem permanecer fisicamente distante dos filhos e reconhecem a importância e a necessidade de estabelecerem o vínculo com o bebê.

*M2: [...] antes eu iria à lanchonete comer, mas ela começou a chorar, eu não consigo sair com ela chorando... E para ir embora, então, só saio se ela estiver dormindo bem calma. É ruim porque sei que ela deve sentir muita falta de mim quando eu não estou, por isso preciso sair daqui sabendo que ela está bem, quietinha.*

Três mães relataram limitações no cuidado, como, por exemplo, dor na barriga; dores nos pontos, decorrentes do parto normal; e dor causada pela hemorroida; condições que poderiam impedir a presença física com o bebê, no entanto, dirigiram-se à UCIN. É

importante ressaltar, que quatro participantes (M2, M4 M6 e M7) não residiam na mesma cidade da instituição, mostrando clara preferência por estar com o filho apesar de sentirem dor/desconforto.

*M6: Há uns três dias estou com dor nos pontos, estava inchado demais, não sei se é infecção, não procurei o médico porque queria ficar com o B6, mas disseram para eu procurar logo, senão eu não vou conseguir cuidar dele. Imagina ele está aqui no hospital e eu ter que ficar também, não posso, tenho que ficar bem logo.*

*M7: A hemorroidas atacou, é até difícil ficar sentada aqui na poltrona, mas eu fico igual por ele, pode ficar tranquilo que a mãe sempre vai vir, todo dia!*

*M8: Esses dias estava com muita dor na barriga, daí disseram que o útero fecha quando estou amamentando e tenho que tomar remédio. É tão ruim sentir essas dores e querer cuidar da B8.*

#### 4.3.3.4 Insatisfação e informações insuficientes

Nesta subcategoria, as mães relataram as predições que ouviram da equipe após o nascimento do filho. Como pontos negativos, a infuciente transmissão de informações pela equipe em relação ao estado clínico do bebê, assim como, não ter conhecimento dos resultados dos exames realizados, foram mencionados. Mães participantes ficaram desapontadas com as dificuldades em acessar informações sobre a condição clínica dos filhos, sendo que a comunicação com os médicos foi considerada difícil, assim como a ausência de diálogo ou de fornecimento de consentimento materno em relação aos procedimentos médicos realizados com o filho.

*M2: O médico disse que bebê muito prematuro não tinha muita chance de sobreviver e que eu tinha que estar preparada. Então eu disse que precisava só de uma chance e que ele me deixasse acreditar nessa única chance.*

*M4: Diziam que B4 não teria muitas chances, até o médico não me deu esperança.*

*M6: No primeiro dia que eu fui visitar o B6, o médico disse que bebê prematuro geralmente não sobrevive. Eu olhei bem para a cara dele e disse, “Ele vai sobreviver, você vai ver, vou me despedir de você quando o B6 receber alta, você vai ver” [...] Diziam que ele estava bem, que estava reagindo bem, ok! Eu sei que ele está bem, mas ele está mamando? Dormindo bem? Como? O que ele faz durante o dia? O que aconteceu com ele? Isso que eu queria saber e só respondiam que estava estável.*

*M7: Não gosto quando elas falam que ele ainda não nasceu, ele nasceu sim, está aqui bem atento.*

*M9: Na UTI ela teve uma infecção e não me falaram nada, só falaram que*

*ela iria tomar antibiótico e aí só me falaram da infecção porque eu perguntei o porquê do antibiótico, sabe? Ela teve infecção por causa do leite, o estômago era muito fraquinho, então ela teve infecção. Mas, assim, eles só falaram porque eu perguntei, então eu achava, assim, era que eu não tinha muita informação. Eu não sei se as vezes eles não falam para a gente não se sentir mal, não ficar mal, mas é muito ruim porque é só a mãe. Daí se não vierem falar comigo, sabe? Eu sou a mãe, eu sou a responsável pela criança, então é muito ruim.*

As mães demonstraram sentimentos positivos e desafiaram a probabilidade de não sobrevivência do bebê. Acreditaram que o filho iria sobreviver e concentraram-se em visitar constantemente o filho na expectativa da rápida evolução e proximidade da alta.

Embora reconhecessem que os procedimentos médicos são necessários, havia uma expectativa materna em envolverem-se nas decisões e ter conhecimento do que se sucedeu com o bebê enquanto não estavam presentes, como as alterações na estabilidade clínica do bebê, para que, de alguma maneira, pudessem participar e se sentirem ativas no cuidado e no processo de assunção como mãe.

#### 4.3.4 CATEGORIA 4 - Internação do filho: aspectos facilitadores

Nesta categoria, as mães discursam sobre o que as ajudou no período de internação de seus bebês. Verifica-se que a espiritualidade, o apoio social e a percepção das características do bebê pré-termo atuaram como fatores contributivos ao processo de adaptação das mães participantes.

##### 4.3.4.1 Espiritualidade: apoio no enfrentamento do nascimento pré-termo

Algumas mães voltaram-se para a religião/fé como meio de apoio espiritual para auxiliá-las no enfrentamento do nascimento pré-termo. Isso é percebido nas falas a seguir:

*M1: Assim.... Nunca imaginei passar por tudo que passei, do nada um sonho começa a mudar tudo, nossa história começa a ter uma nova história. Mas Deus é fiel, foi um aprendizado de testemunhar a fé e ter que confiar meu filho a Deus. Me sinto especial, ele é um milagre de Deus.*

*M2: Sempre à noite o pai vem ver a nenê e vamos à igreja, somos evangélicos, a família toda dele é e então acabei indo também depois que casei. E agora que ela [B2] está aqui, a gente tem que ter mais fé para sair logo daqui.*

*M4: A provação foi pesada, mas com a graça de Deus e muitas orações, não só minhas, mas de muita gente, nós vencemos.*

*M5: Ele é uma criança boazinha, por tudo o que ele passou. Acho que era*

*como diz na libertação dele mesmo, tudo na vontade de Deus, Deus quis que ele voltasse para poder se libertar.*

#### 4.3.4.2 Apoio social

Em relação às fontes de apoio, destacou-se a participação ativa do marido/companheiro, percebido como o principal suporte emocional da mãe. O contato com outras mães e com a família extensa também foi considerado importante. M5 ainda relatou o apoio da equipe.

*M1: [...] converso bastante com as outras mães. Meu marido fica comigo, já que ele não está trabalhando.*

*M3: Foi difícil, se não fosse meu marido sempre comigo... Meu marido trabalha à noite, mas mesmo assim vem sempre comigo à tarde, ele fica dormindo na poltrona [risos], é um pai muito presente, que me ajudar em tudo. Meus sogros também sempre presentes. Minha família não mora aqui....*

*M4: Meu marido é meu maior apoio, mas minha família também sempre está presente.*

*M5: Minha família, meu marido: sem eles eu não superaria tudo isso. Os profissionais daqui também me apoiaram, sempre me ensinaram certinho os cuidados.*

*M8: Meu marido foi o único que ficou comigo. Minha sogra ficou até na maternidade, mas depois ela teve que sair, daí meu marido ficou comigo todo esse tempo: ele me trazia aqui de cadeira de rodas, atravessava a rua para eu ver ela porque o carro da maternidade às vezes estava ocupado.*

*M9: Quando ela nasceu, meu marido me apoiou muito, ficou muito comigo no hospital. Meus pais, minhas tias, todo mundo, sabe? Meus irmãos, minha cunhada. No berçário, meus sogros me ajudam e meu marido também.*

Das nove participantes, apenas uma manifestou depressão pós-parto após o nascimento, relatando insegurança quanto aos cuidados com o bebê. Conta que foi solicitado pela equipe que fosse acompanhada pela mãe ou pela madrasta quando fosse visitar o filho:

*M5: Eu não faço muita coisa, ainda estou muito observando. Eu tive depressão pós-parto e eu faço acompanhamento com a psicóloga daqui e eles permitiram que eu viesse ao berçário com alguém, daí vem ou a minha mãe ou a minha madrasta. Teve um dia que eu estava com ele no colo e daí ele vomitou, eu dei logo para minha madrasta. Não consigo fazer nada, parece um bloqueio, preciso sempre de ajuda, acho ele pequeno, tenho medo que alguma coisa possa acontecer com ele.*

A maioria das mães participantes deste estudo relatou possuir uma rede de apoio satisfatória após a alta hospitalar. Também relataram satisfação pela família estar completa

com todos os membros em domicílio.

*M1: Foi tudo o que eu queria: minha mãe, meu marido e meus outros filhos perto, todos me ajudavam também. Claro que mãe é mãe, mas o que preciso sempre tenho apoio.*

*M3: Minha mãe veio para me ajudar. Ficaram uns dias aqui e quando ela foi embora já ficou para mim perguntando da B3, daí eu disse, “Mãe você acabou de sair daqui, ela está bem! [risos]. Os avós estão muito apegados, ela quer vir morar aqui só para ficar perto da B3. Meu marido também me ajuda nos cuidados, mas a B3 está igual ao pai, dorme de dia e fica acordada à noite [risos]. Os dois se entendem bem.*

*M5: Eu tive muito apoio em casa, porque não tenho o que falar da enfermagem lá e médicos, sempre me ensinaram certinho. As meninas que ficavam lá comigo... Então quando eu cheguei em casa, eu já tinha mais ou menos a noção de lavar ele, de dar mama, porque hoje eu faço tudo isso. Apoio da família, que hoje eu estou com a minha mãe me ajudando, minha mãe fica comigo também, então tipo bem melhor.*

*M7: Faço tudo sozinha, preciso de uma ajuda às vezes, mas é rapidinho. Esses dias a dinda dele foi à casa me ajudar a dar o banho, cheguei a gravar um vídeo, muito lindo. Coloquei água até o umbiguinho dele e ele nem chorou. Agora eu fico o tempo inteiro com ele, dou o banho, troco a fralda, dou um pouquinho da teta porque não tem muito leite [...]. Mas está sendo maravilhoso estar com ele. Minha avó foi lá ontem, o povo já foi visitar lá.*

*M9: Meu marido trabalha das 6h às 17h da tarde, daí quando ela o acorda, ele já vai preparar a mamadeira. Depois quando ele volta, ele quem fica com a B9, dá a mamadeira, troca a fralda e fica com ela enquanto eu descanso um pouco. Meu marido tem a paciência que eu não tenho.*

Nos primeiros dias em casa, algumas mães referiram não ter apoio após a alta, situação que pareceu preocupa-las, pois demonstraram insegurança e sobrecarga ao cuidar dos bebês sozinhas.

Logo após a alta, o apoio foi recebido especialmente por mulheres ligadas à família do casal (mãe e sogra). Maridos ou companheiros forneceram apoio, incluindo os cuidados com o bebê, oferecendo o leite, assim que os pais retornavam do trabalho. M4 e M7 relataram que, na maior parte do tempo, exerciam sozinhas os cuidados ao filho.

Em casa, embora não houvesse uma equipe controlando os cuidados dispensados ao bebê, algumas interlocutoras afirmaram que agiam como se estivessem mantidas sob vigilância. Isso foi indicado pelas tentativas maternas em cumprir as expectativas de ser uma “boa mãe” imitando a rotina da equipe no desempenho dos cuidados com o filho.

*M5: [...] em casa é diferente, pelo menos para mim. O tempo para ele mamar, no começo tinha meio dúvida, eu tento dar o mamá de 3 em 3 horas, elas [técnicas de enfermagem] davam rápido lá [na UCIN] e eu não consigo*

*dar, já me desespero... Eu saí do berçário pensando que deve ser de 3 em 3, e eu estou quase morrendo para dar de 3 em 3, porque lá ele mamava rápido e comigo ele mama quase 1 hora. Então praticamente ele está mamando de 2 em 2 [horas].*

No relato acima é perceptível a pressão de M5 em se sentir segura para desempenhar o papel materno “fazendo certo”, o que traria o bem-estar ao bebê e à sua própria percepção de competência ao exercer os cuidados para ser uma “boa mãe”. Nos primeiros dias após a alta, o foco em “fazer o certo”, principalmente para as mães primíparas, acentuou a responsabilidade vivenciada em que as mães tinham receio de serem incapazes de satisfazer as necessidades dos próprios filhos, visto que elas experimentaram um período em que o bebê permaneceu em um ambiente seguro da instituição submetido ao cuidado em tempo integral da equipe de saúde.

Uma vez em casa, um cuidado comum para todas as participantes foi limitar a exposição dos filhos a potenciais fontes de infecção, reconhecendo a fragilidade de um bebê que nasceu prematuramente e a probabilidade de reinternação. Impuseram restrições à sua rede social, permitindo somente aos membros familiares próximos o contato com o bebê. Como relata M1, “[...] mas mesmo tendo o B1 em casa, o medo assombra: cuidar para o bebê não gripar, medo se vai internar novamente, se deu febre. Cuido dele 24 horas”.

Além disso, as mães participantes limitaram as saídas de casa para dedicarem-se exclusivamente ao cuidado do bebê, suprimindo suas necessidades. Além disso, por considerarem o filho vulnerável, exerciam intensa proteção e vigilância constante. A exaustão, devido à sobrecarga de responsabilidade ao inserir novas atividades relacionadas à maternidade, como a falta de rotina focada nos cuidados do bebê, foram vivências comuns nesse momento inicial após a alta.

*M8: Nos primeiros dias foi cansativo. Antes eu tinha o sono bem pesado, agora com ela qualquer resmunguinho eu acordo [...] quando ela está dormindo, aí eu vou para a cozinha rapidinho já volto e olho, depois eu volto, olho de novo. Sempre olhando, porque como ela mama bastante, ela fica muito cheia daí fica vomitando, daí me preocupo se ela for se engasgar.*

Ainda, no primeiro mês após a alta, o apoio do marido/companheiro foi destacado nas narrativas maternas, ajudando a cuidar do filho a partir das atividades de oferecer o leite e trocar a fralda do bebê.

*M3: Agora estou dando a chucha, daí meu marido também me ajuda a dar, às vezes estou fazendo janta ou descansando e ele dá a chucha, troca a fralda, está sempre preocupado se a filha está com fome, se está bem.*

Por outro lado, outras mães não fazem questão de que as atividades sejam realizadas pelo marido, contando que procuram fazer todas as atividades voltadas ao cuidado do filho enquanto o marido concentra-se no trabalho, ajudando financeiramente.

*M7: Eu faço tudo: cuido dele, até prefiro. Claro que se eu pedir alguma ajuda, meu marido vai ajudar. Mas o importante é ele descansar bem e trazer dinheiro para casa, porque sem dinheiro ninguém vive e criança gasta.*

Em relação ao estresse desencadeado logo após a alta em virtude do bebê não dormir à noite, M9 conta que recebeu o apoio da sogra no primeiro mês e que nesse momento consegue dormir bem e assim ficar menos estressada para cuidar da filha.

*M9: [...] agora eu consigo dormir, porque antes eu ficava muito estressada porque ela não me deixava dormir. Até que ela não chora muito, só resmunga, mas como meu marido tem que trabalhar, ela agora dorme com a minha sogra na cama e meu sogro fica no sofá [risos]. Minha sogra fez uma promessa que se a B9 sobrevivesse ela iria cuidar. Então agora consigo dormir porque ela fica com minha sogra.*

#### 4.3.4.3 Percepção das características do bebê pré-termo

As mães deste estudo identificaram características comportamentais e físicas do filho no período em que se encontrava em UCIN E a aceitação dos aspectos físicos, sobretudo relacionados ao tamanho do bebê pré-termo. Ainda, em relação às características físicas do bebê, as mães relatam percepções relacionadas às semelhanças físicas delas ou do companheiro/parceiro. Verificou-se que essas semelhanças foram observadas ao final da internação do bebê na UCIN, com os filhos fora da incubadora. Em adição, apareceram manifestações das mães primíparas, que gostariam de ter filhos parecidos com elas. O ambiente permitiu essa percepção, conforme expresso nas narrativas.

*M6: O B6 dorme muito, é bem quieto. Quando estou aqui [na UCIN] ele fica bem quietinho e quando não estou quase nem chora, elas falaram.*

*M7: B7 tem personalidade forte, pensa como é bravo... Franze a testa, quando ele está dormindo e eu fico conversando ou passando meu dedo na boca dele, ele não gosta [...] Eu sentia que ele ficava encolhido na minha barriga, agora ele fica assim, percebi desde quando ele estava na UTIN [...] O B7 se parece comigo, o queixo, ele está a cara da mãe, só o nariz puxou ao pai.*

*M8: Ela é bem calminha, tomara que em casa ela continue assim.*

*M9: Eu achava que a B9 iria dar trabalho, porque eu sou muito ansiosa,*

*mas ela é tão calminha, tão bonitinha, não esperava que fosse assim, ela só chora quando está com fome. Ela não espera o leite chegar, já chora antes... Tudo tem que ser na hora dela: se o leite demora ela já chora muito [...] Eu sabia que ela iria ficar pequena, pelo menos nos primeiros meses... Eu queria que ela fosse parecida comigo, mas é a cara do pai dela. Eu sei disso, mas não quero saber o que as pessoas acham, não gosto de ouvir que é a cara do pai, quem sabe quando crescer ficará parecida comigo... Antes eu achava que ela iria ser clarinha, mas a pele está escurecendo, igual o pai.*

As características físicas do bebê real emergiram, modo geral, comparativamente às aquelas anteriormente imaginadas. Algumas mães esperavam que o bebê fosse pequeno, pois necessitaria de cuidados especiais e, dessa forma, conseguiram se preparar para essa situação. Outras participantes relataram surpresa ao ver pela primeira vez o bebê. As falas abaixo mostram algumas dessas vivências

*M6: Acho o B6 tão molinho, tão pequenininho...*

*M3: Acho ela muito pequenininha e dá medo.*

*M8: Queria que ela crescesse rapinho, porque muito pequenininha assim dá medo, ainda mais ela que é prematura, dá mais medo ainda de ficar pegando, tem o jeito certo, né?*

*M9: Eu sabia que ela iria ficar pequena, pelo menos nos primeiros meses...*

M7 ainda associou o comportamento do bebê durante a gestação, comentando que percebeu determinada característica: “[...] eu sentia que ele ficava encolhido na minha barriga, agora ele fica assim, percebi desde quando ele estava na UTIN”.

A hora do peso do bebê, no período noturno, era um momento muito esperado para as mães enquanto o filho permanecia internado em UCIN. O ganho de peso mostra a satisfação materna com o desenvolvimento e a vitalidade da cria. O ganho ponderal significava a proximidade para a alta.

*M2: É importante cuidar bem para não perder peso, que ela está perdendo... Eu estou aprendendo muito com isso, estou focando só no peso dela, ela está com 2.100 [gramas], então ela perdeu um pouquinho porque ela tem reflexo.*

*M7: Sempre espero a hora do peso, que é só à noite, fico feliz com cada pouco que o B7 engorda. Às vezes acho pouco, teve dia que ele engordou 5 gramas, mas já é uma coisa.*

*M8: Acho importante o leite e o complemento para ela engordar, porque ela estava perdendo muito peso. Aí ela começou a ganhar de uma hora para outra, aí toda vez que irão pesar na consulta, eu fico com medo que ela perca peso.*

#### 4.3.5 CATEGORIA 5 - Construção da identidade ocupacional materna

Nesta categoria, apresenta-se a percepção das mães participantes em relação à construção da identidade ocupacional materna, sendo abordado o processo de construção da identidade ocupacional de mães de bebês pré-termos em UCIN e, após a alta domiciliar, em domicílio.

O processo da construção da identidade materna amadureceu a partir das atividades de cuidado desempenhadas pela mãe com o bebê no período de organização e de adaptação à rotina domiciliar vivenciado pelas participantes.

##### 4.3.5.1 Processo de construção da identidade ocupacional materna em UCIN

Identifica-se que, com o passar dos dias, a apropriação da maternidade esteve relacionada à percepção dos avanços clínicos do bebê, vislumbrados ainda por seu tamanho e peso. À medida que a evolução do bebê era percebida pelas participantes, elas começaram a assumir os cuidados com os filhos.

Durante a internação em UCIN, as mães acostumam-se com a rotina da instituição, com a equipe e com a situação do bebê, adotando uma postura de aceitação e, conseqüentemente, passaram a se apropriar de seu papel materno e a realizar os cuidados com o filho. Além disso, as mães sentiram-se emponderadas para decidir se desejavam acompanhar os procedimentos médicos a serem realizados com seus bebês.

Os bebês eram transferidos da UTIN para a UCIN, onde, dependendo da condição clínica, alguns permaneciam os primeiros dias na incubadora, enquanto outros eram acomodados em berço de acrílico. A permanência do filho na incubadora, para as mães, esteve associada a uma barreira física para aproximarem-se do bebê, visto que o equipamento limitou o envolvimento em ocupações significativas para elas e que eram sempre mediadas pela equipe, por exemplo, que as auxiliava até a pegar o bebê no colo.

Além disso, a incubadora refletiu a ideia de fragilidade do estado de saúde do filho, assim, quando o equipamento era ou tornava-se desnecessário, as interlocutoras entendiam que o quadro clínico do filho havia melhorado e, nesse sentido, a alta hospitalar se aproximava. Isso pareceu ter facilitado a autonomia materna para o aprendizado e para o engajamento na realização dos cuidados desempenhados ao bebê de maneira gradativa.

Durante a internação em UCIN, as mães foram se acostumando com a rotina da instituição, com a equipe e com a situação do bebê, adotando uma postura de aceitação e, conseqüentemente, passaram a se apropriar de seu papel materno. Além disso, as mães

sentiram-se seguras para decidir se desejavam acompanhar os procedimentos médicos a serem realizados com seus filhos, pois permaneciam no ambiente hospitalar por tempo indeterminado, podendo inclusive acompanhar os resultados de exames e o repasse da condição clínica pelo médico.

Assim, as participantes se sentiram capazes de buscar a participação nesses momentos, que não mais envolviam apenas a equipe, como também envolveram-se em ocupações que proporcionaram uma sensação de conexão com a identidade ocupacional de mãe. Elas relataram atividades que realizavam com os bebês e que as ajudaram a constituir-se enquanto mães, pelo fato de desempenharem o cuidado, aprenderem acerca da melhor maneira de exercerem a função de acordo com a aquisição de novas habilidades, bem como pela resposta do bebê e pelas tentativas de interação, mas principalmente por estarem desempenhando algo. Além disso, com a supervisão da equipe, houve o encorajamento da mãe, quando algumas se tornaram mais autônomas nesse período, mostrando um prazer e um interesse em aproximarem-se do bebê.

*M1: Gosto de amamentar, trocar, aproveitar fazer tudo. Ficou na UTI e a gente não tinha acesso – na verdade ele só ficava na incubadora, a gente só podia relar nele, né? Aí quando ele foi ao berçário, a gente podia dar banho, amamentar, trocar. Aí é os pais que podem fazer [...] Aqui no berçário, para um recém-nascido, a gente pode fazer tudo, né? Eu queria mesmo que ele tivesse contato com os irmãos, né? Mas entendo que não pode porque é um hospital.*

*M2: [...] mas depois que ela saiu da UTIN tudo mudou, mudou para melhor.*

*M3: Mas aqui eu consigo pegar minha filha quando eu quero, cuidar dela... Tento sempre acompanhar tudo, até uma transfusão de sangue eu acompanhei. Tem mãe que não consegue acompanhar, mas eu não consigo ficar longe e aqui no berçário eu posso ficar mais tempo e cuidar dela [...] Eu aprendi a cuidar dela, né? Porque com o meu outro filho foi diferente: ele nasceu no tempo normal. Então, como ela é mais delicadinha, [tem que] aprender a lidar com uma criança prematura, ter mais cuidado para pegar.*

*M4: No berçário eu aprendo a cuidar do B4 e me sinto mais próxima dele e das enfermeiras; eu fico mais tempo, apesar de morar longe e ter que ir embora para pegar o ônibus, eu tento aproveitar o tempo para cuidar dele. Eu troco a fralda, ofereço o leite. Não gosto muito de dar banho porque tenho medo, ele é pequeno, fico com medo de ele escorregar, cair, gosto mais de observar, tentar ver certinho como dá, porque tenho medo.*

*M5: Eu não tenho muita noção dos cuidados dele porque ele fica aqui [no hospital], né? Como eu sou mãe pela primeira vez então eu ainda... Por mais que eu já seja mãe – que é a gente é mãe desde que engravida – mas como ele está aqui, os cuidados a gente não tem muito a noção. Eu sei que eu tenho que ter um cuidado maior com ele. Eu estou com a cabeça tão cheia que até um dia esqueci de dar tchau para o bebê, saí correndo daí voltei.*

M6: *Eu estava acostumada com a UTIN, que tudo eu perguntava, se poderia pegar. Daí, aqui no berçário, elas falaram que eu tenho que ir fazendo as coisas sozinha, que é importante eu aprender para quando eu levar ele para casa. Eu pedia ajuda para tudo, até para pegar uma fralda com ele no colo eu tinha medo, mas daí fui aprendendo a fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo [risos]. Aqui na UCIN eu fico mais com ele e ele ganha peso.*

M6: *Aqui você acompanha tudo, mas não quero acompanhar as vacinas dele, não quero ver o B6 chorar porque vi outro bebê receber vacina e fiquei mal.*

M7: *Aqui tudo fica mais próximo: equipe, família. São atenciosos, melhor ficar no berçário do que na UTI, posso pegar ele no colo, dar banho, dar o tetezinho, melhor, né? [...] No início eu queria fazer tudo, meu primeiro filho, né? Teve um dia que percebi que ele tinha feito coco, daí eu já queria trocar a fralda [risos], foi quando a técnica de enfermagem disse que eu poderia esperar um pouco e não trocar logo. Daí eu percebi que ele ainda estava fazendo força. Agora sempre espero um pouco para trocar [...] Aqui no berçário me ensinaram o que eu não sabia, por ser mãe pela primeira vez. Daí a técnica de enfermagem disse, “Agora coloca ele para arrotar”, e eu respondi, “Como? Não sei como colocar para arrotar” [risos] [...] No berçário ele tem mais contato com a mãe, eu sinto que quando estou aqui ele fica melhor [...] Gosto de pentear o cabelo dele, trouxe até uma escovinha [risos], o cabelo fica todo arrepiado, não abaixa [risos].*

M9: *No berçário eu venho a hora que eu quero, eu fico quanto tempo eu quiser com ela no colo. E ela está manhosa agora porque ela sente falta do colo. É bom estar pertinho dela, poder trocar fralda, a relação com os profissionais é mais próxima até porque eu fico mais tempo com ela. Eu troco a fralda, posso oferecer o leite para ela na seringa, posso pegar ela na hora que eu quero, conversar. Na UTI não era assim. O pai vem depois do serviço e fica um tempo com ela.*

Por outro lado, M5 acreditava que a sensação de “sentir-se mãe” só seria alcançada após a alta do filho, em ambiente domiciliar.

M5: *Assim, eu não tenho muita noção dos cuidados dele porque ele fica aqui, né? Como eu sou mãe de primeira viagem então eu ainda... Por mais que eu já tenha, que eu já seja mãe, que a gente é mãe desde que engravida, mas como ele está aqui, os cuidados a gente não tem muito a noção, eu sei que eu tenho que ter um cuidado maior com ele.*

Na UCIN, pela possibilidade da mãe estar com o filho em tempo integral, é possível considerar que as participantes permaneciam na unidade de forma espontânea, mostrando interesse pelos bebês e motivadas pelo desempenho de seus papéis como mães. As interlocutoras sentiram-se capazes de explorar e/ou de realizar as primeiras tentativas de cuidado e de interação com seus bebês, em que se destacaram as ocupações “pegar o bebê no colo” e “colocar a roupa do bebê”.

M3: *Aqui no berçário as meninas diziam que poderia tirar da incubadora,*

*que ela precisava de colo, que ela precisava de contato. Pegar no colo é o que mais adoro. Depois que saiu da incubadora, gosto de trocar a roupa dela. Menina é totalmente diferente de menino, né? Com menino é mais simples, qualquer roupinha está ótima, menina não: tem que combinar todos os detalhes [risos], lacinho, tiarinha, tudo isso.*

*M5: O que me deixou melhor foi a roupinha, isso que me incomodava demais: ter um mês e eu não poder colocar a roupinha nele ainda [...] Depois que ele veio para o bercinho consigo pegar ele sozinha, porque quando ele estava na incubadora não pegava, tinha que chamar elas. Agora não, eu pego ele a hora que eu quero.*

*M6: Com o tempo, eu perdi o medo de pegar ele no colo, parece que ele ficou maior, mais pesado, eu já consigo pegar ele com uma mão. Acho que ele cresceu, a roupinha está cabendo mais, os pés estão dentro da roupa [risos] Antes nada cabia, a roupinha no pé e as luvinhas na mão tinha que colocar fita.*

Mães contam que não conseguiam se afastar de seus bebês sem a certeza de que eles estariam bem e, de preferência, dormindo.

*M7: Eu sempre estou pensando no B7. Às vezes estou sem fome, mas eu vou aqui à lanchonete comer alguma coisa senão eu não o amamento, mas se ele não dorme ou chora, eu não consigo sair para comer e deixar ele...*

Na UCIN, as mães participantes contaram que realizavam novas ocupações, que sentiram mais facilidade e disponibilidade para dialogar com os profissionais e com outras mães e que pediam auxílio à equipe para pegar o filho no colo – para algumas isso ocorreu pela primeira vez. As participantes demonstraram-se atentas aos cuidados realizados pela técnica de enfermagem com os seus filhos, como o banho na incubadora e na banheira, a amamentação (da seringa para a sonda e no copinho), no auxílio da amamentação pelo peito e o controle de temperatura. Ainda chamavam as técnicas de enfermagem em face às necessidades, como pedir para arrumar a sonda nasogástrica que o bebê retirou.

Os dados mostram como foi a experiência com a ocupação da amamentação e as dificuldades que surgiram na tentativa de sustentar o aleitamento materno no peito. Deve-se considerar, neste estudo, as dificuldades fisiológicas e orgânicas provenientes do nascimento pré-termo. Durante o período de internação, são poucos os bebês pré-termos que mamam apenas no seio materno, podendo apresentar dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação.

Foi possível observar que a maioria das mães relacionava a amamentação como parte importante do ritual da maternidade, do sentirem-se mães. Além de exercer o papel materno, para elas, o ato de amamentar foi identificado como algo importante no aumento da imunidade do filho, assim, as mães relataram receio de não amamentar.

M1: *Eu achei que não iria poder amamentar por ele ter ficado muito tempo na UTI.*

M3: *Ela tirou a sonda, ela começou a pegar no peito. Só que estou começando no copinho, não vai tudo, então resolvemos a chuquinha que deu mais certo. Mas o importante para mim agora é que ela pegue certinho para não perder peso.*

M7: *Quando fui dar o peito pela primeira vez, eu tive que pedir um papel toalha para ver se estava saindo leite, estava preocupada. Mas estava sim, ainda bem. Também não escutava o arrote dele quando o colocava no meu peito e ficava preocupada.*

M8: *Amamentação é o estado clínico dela, ela está sem peso, né? Está com 1815g. Aí eu acho melhor a amamentação para ela sair do hospital.*

Além disso, as mães perceberam a amamentação como uma atividade da maternidade que auxilia a construção do vínculo mãe-bebê a partir da interação pelo toque, pelo olhar e pela troca de afeto oportunizada nesse momento.

M8: *[...] gosto de amamentar, gosto de ver que posso amamentar ela, tocar ela e ficar olhando para ela, acho que é um momento único eu e ela.*

Apenas uma das participantes, a M9, relatou que nunca desejou amamentar e não iria realizar esse ato.

M9: *Eu não vou amamentar, não quero que meu peito fique caído [...]. Meu marido não gostou, mas eu é que tenho que me sentir bem, e tem como oferecer o leite no copinho.*

As mães que ainda não amamentavam em seio materno eram orientadas a participar desse processo por meio da ordenha, para estimular a produção de leite. M7 considerou ser importante para o filho e, segundo sua narrativa, seria “capaz de fazer algo por ele que ninguém mais poderia fazer”. No entanto, apresentou queixas referentes ao procedimento: “Não vou mais ao banco de leite, a mulher apertou tanto que doeu, pediram para eu voltar lá, mas não volto mais não, acham que estão pegando no que?”. Percebe-se que a participante apresenta uma postura crítica em relação ao serviço.

Em UCIN, algumas mães sentiram-se à vontade para solicitar auxílio à equipe na ocupação de amamentação.

M7: *O copinho que é para dar, mas eu não consigo, parece que ele vai cuspir, se engasgar, sei lá, preferia que fosse dado pela sonda. Daí sempre peço para as meninas darem, meu marido que aprendeu bem e dá a noite quando ele vem.*

No caso do cuidado durante o banho do bebê, as participantes sentiram que a

capacidade em exercer a ocupação era restrita. Mães relataram medo em banhar o filho, devido ao tamanho do bebê e a sua aparente fragilidade, bem como a insatisfação quanto à rotina da instituição na efetivação desse momento, o qual ocorre na primeira hora da manhã. O fato de que as mães necessitavam se deslocar de suas residências, sendo que algumas residiam em outros municípios, as impediam de estar presentes no horário dessa ocupação.

M7 relata que solicitou à equipe que a esperasse para realizar o banho, mas que, no entanto, enquanto um plantão organizava-se esperando a mãe até determinado horário, o outro não. A insatisfação no desempenho da ocupação e com relação ao ambiente são narrados por elas:

*M3: No horário do banho é mais complicado estar aqui [no berçário], porque de manhã, como eu tenho meu menino, tenho que levar ele para a escola e tem que buscar. Então não dá muito tempo de vir. Só venho ao hospital à tarde.*

*M4: Só não dou o banho porque não chego a tempo e também tenho medo.*

*M7: As técnicas de enfermagem do outro plantão dão sempre o banho na primeira hora da manhã, não gosto disso.*

*M6: Não consegui dar o banho ainda, o ônibus demora e não consigo chegar no horário. Mas não falei com elas porque não quero dar, ela é muito pequena e tenho medo.*

*M9: Não dei banho ainda porque ela só está tomando banho no leito, a enfermeira dá porque ela dá de manhã. Mas eu tenho muito medo de dar banho nela, sabe? Principalmente da cabeça e eu estou confiante no trocar a fralda, eu era babá por dois anos e daí eu já sabia.*

No processo de construção da identidade ocupacional materna em UCIN, percebe-se que, ao longo do tempo, as mães se esforçavam para se envolverem em ocupações. As participantes mostraram insatisfação por não exercerem o banho, considerado ocupação difícil de ser realizada. É possível inferir que as mães buscaram desempenhar as ocupações que lhes eram oportunizadas e a partir da participação em ocupações relacionadas ao cuidado com o bebê, foi despertado um senso de identidade, tornando-se a maternidade mais real na medida em que eram capazes de incorporar seu papel como mães.

#### 4.3.5.2 Processo de construção da identidade ocupacional materna em ambiente domiciliar

A alta hospitalar constitui-se em um momento de grande expectativa materna. As mães descreveram como foi para elas o momento da alta:

*M3: Um momento único... Todos estavam esperando por esse momento, meu*

*filho, então, queria muito ver a irmãzinha dele. Muito bom não precisar ficar arranjando tempo para ir ao hospital, estar em casa é outra realidade.*

*M4: No dia em que o B4 recebeu alta, estava um tempo tão feio, chovendo muito, tudo alagado, e eu queria muito sair do hospital, não aguentava mais ficar lá, queria estar em casa... Meu marido demorou para nos buscar e eu naquela ansiedade de ir para casa. Quando ele chegou foi aquela alegria, porque os últimos dias só pensava em ir embora logo.*

*M8: No dia da alta foi um alívio assim, mas também foi meio estranho, sabe? Fiquei tanto tempo. Daí minha mãe falava alguma coisa e eu dizia, “Também vou”, tipo assim.... Daí minha mãe, “Você vai aonde? A menina já está aí” ... Eu tinha esquecido. Agora me acostumei, agora tem que ter sempre ela no meio, não tem como sair e deixar ela com os outros.*

*M9: Quando saí do hospital não tinha caído a ficha ainda, mas foi bom, sensação de alívio, né? Até que enfim poder levar ela embora porque não aguentava mais ficar no hospital.*

Para M5, a alta foi percebida como mais significativa do que o parto em si. Foi nesse momento que a participante percebeu que o bebê realmente pertencia a ela, porém deparou-se com a perda do suporte pela equipe, que se encontrava prontamente disponível na unidade, auxiliando-a a cuidar do bebê.

*M5: Nossa, a alta foi uma experiência única, uma coisa que não tem como descrever assim, você sai de lá chorando, só de falar dá vontade de chorar, porque é uma coisa que você espera há muito tempo, uma coisa assim que toda a mãe que tem um filho espera o momento da alta. Melhor momento de tudo assim, desde quando eu estava grávida, de tudo: foi a notícia da alta dele.*

O sentimento mais presente no retorno ao lar foi o medo. Esse medo foi decorrente da imaturidade do bebê, da possível contaminação das visitas, de exercer os cuidados sem o auxílio da equipe e da possibilidade de reinternação hospitalar.

*M1: [...] mas mesmo tendo o B1 em casa, o medo assombra: cuidar para o bebê não gripar, medo se vai internar novamente, se deu febre. Cuido dele 24 horas.*

*M7: Eu fico bem neurótica em casa, passando o dedo na boca dele para ver se ele está acordado, daí ele faz uma cara de bravo e eu vejo que está bem.*

*M8: Quando ela está dormindo, aí eu vou à cozinha rapidinho, já volto e olho, depois eu volto, olho de novo. Sempre olhando, porque como ela mama bastante, ela fica muito cheia daí fica vomitando, daí me preocupo se ela for se engasgar.*

Neste estudo foi possível observar que as mães procuravam realizar os cuidados em casa conforme aprendidos/observados durante a internação do bebê. Em casa, sentiam-se mais responsáveis para exercer a maternidade, pois, ao mesmo tempo em que ansiavam o momento

da alta, sentiam-se inseguras para cuidar do filho em domicílio sem o apoio recebido pela equipe hospitalar.

Nesse momento, outras demandas e necessidades iam surgindo no desempenho do papel materno, em decorrência do crescimento e do desenvolvimento do bebê, bem como pelas possíveis intercorrências devido ao nascimento prematuro.

A imunização (vacinação) foi pontuada pelas mães como momento aguardado após a alta do bebê, visto que para elas era uma das medidas mais eficientes para prevenir infecções. Algumas mães relataram preocupação com problema gastrointestinal (refluxo gastroesofágico) do bebê.

*M2: Cuido dela para que não tenha refluxo, porque me preocupo com ela, mas agora com o remédio ela está bem melhor.*

*M4: Eu sou bem sozinha, ainda mais agora que minha irmã teve trigêmeos, acredita? Pensa em uma mãe bem ocupada... Eu acabo ficando em casa, 24 horas com B4, meu marido sai para trabalhar cedo e fico cuidando dele, cuidando porque ele nasceu prematuro, então tenho medo que ele possa pegar uma gripe, sei lá, fico sempre ao redor, não descanso. O B4 mama de 3 em 3 horas, geralmente eu que ofereço o leite. Meu marido tem medo e acaba só para mim dia e noite. Estou um pouco estressada, afinal a gente não pode sair de casa porque o B4 é prematuro extremo. Nunca achei que fosse tão difícil, estou cansada, mas feliz [...] Espero que um dia ele dê valor aos pais dele. É muita responsabilidade cuidar de uma criança prematura que tem tendência a ter tantas doenças, porque não é imune a nada, eu tenho que correr atrás de tudo... As vacinas, o SUS vai demorar para liberar e vou pagar particular porque tenho medo por ele. Parece que todo dia mato um leão, eu só quero que ele fique bem [...] Eu me sinto mais responsável agora, qualquer coisinha errada pode acontecer alguma coisa com ele, fico preocupada em dar bastante atenção para ele.*

*M5: Tenho a sensação de medo de qualquer coisa que ele faça. O médico disse que é normal ele dar uma tossidinha de vez em quando: uma vez em nunca dá uma tossidinha, um espirro. Mas eu acho que toda essa experiência de ter passado tudo o que eu passei com ele, qualquer coisa eu tenho medo. Acho que toda mãe tem e eu acho que quem passa por isso é um pouco pior, o medo é constante de qualquer coisa que ele faça, às vezes ele dá uma vomitadinha que é normal, você já fica com medo, já fica encanada. O meu meu medo maior que eu tenho hoje é um dia – Deus me livre – ele não voltar. Uma vírgula fora do normal você já fica com medo, acho que meu psicológico é muito abalado com tudo isso.*

Os resultados que emergiram das entrevistas semiestruturadas levaram à percepção de que, apesar dos sentimentos de medo e de insegurança no desempenho dos cuidados maternos com um bebê pré-termo, a ajuda do marido/companheiro e familiares no compartilhamento dos cuidados básicos em domicílio contribuiu para a confiança da mãe em desempenhar esse papel.

Neste estudo, percebe-se que a inserção gradativa dos pais como papel de cuidadores ocorreu ao longo da internação. Algumas mães relataram a dificuldade para dormir à noite e que se esforçavam para “dar conta” da maternidade sozinhas, principalmente durante à noite, pois o marido necessitava trabalhar em tempo integral e, portanto, precisava descansar nesse período. Em virtude disso, M9 contou que ficava ansiosa e estressada durante o dia devido à noite mal dormida.

M9: [...] *à noite ele acorda, aí eu desperto também, daí ele quer ver televisão comigo, esquece daí... Durante o dia eu fico organizando a casa enquanto ele dorme. Acho que não durmo mais, virei zumbi agora [risos]. Não... Mas eu durmo até, às 21h ele mama e eu já vou dormir para ficar mais descansada. Daí da meia noite às 3h que eu durmo pouco. Às 3h ele está mais agitadinho, mais acordado. E o marido dorme para trabalhar porque tem que sair cedo, 6h30 está acordado, então ele só volta às 17h da tarde. Então tenho que deixar ele trabalhar porque sem dinheiro ninguém vive, então vamos deixar ele trabalhar [risos].*

M9: *Está sendo meio difícil, não na parte do cuidar, mas ela troca o dia pela noite, ela não dorme bem à noite, né? E nos primeiros dias eu não dormia sossegada porque tinha medo de, sei lá, de que ela sufocasse com o edredom, essas coisas, mas agora acho que estou me acostumando [...]. Dá para ver as minhas olheiras, fico bem ansiosa e estressado porque não durmo à noite.*

Durante o período de internação, o banho no bebê foi referido pelas participantes como ocupação difícil de desempenhar. A justificativa para essas dificuldades relacionaram-se ao manuseio do filho em decorrência do tamanho reduzido e da fragilidade do bebê.

M3: [...] *não gosto de dar banho nela, acho ela muito pequenininha e dá medo [...]*

M4: [...] *fico ainda com medo de dar o banho porque ele é muito pequenininho eu fico com medo de ele escorregar, cair.*

M8: [...] *difícil ainda dar o banho, ela é muito pequena e eu tenho medo.*

Uma das mães participantes, a M4, relatou a ocupação maternal do banho como a que menos sentia satisfação em realizar devido ao medo em exercer o cuidado com um bebê pequeno, conforme o relato a seguir:

M4: [...] *não gosto muito de dar banho por causa de um pouco de receio por ele ser pequeno, mas o resto eu gosto. Tento vir mais cedo para ficar com ele e ajudar.*

Todas as mães multíparas e algumas mães primíparas demonstraram satisfação na realização do banho no bebê, pelo bem-estar propiciado ao bebê e a si mesma. Uma das

participantes (M9), especificamente, relacionou essa ocupação como importante oportunidade de contato físico e vínculo mãe-filho:

*M1: Tinha tudo esperando ele para dar banho, tudo pronto para ele, posso dar banho no meu horário, né? E tenho como fazer tudo o que gostaria e que no hospital não tinha como, em casa é tudo no meu tempo.*

*M7: No banho vejo que ele fica muito feliz, até dá risadinha. Aí quando ele já tomou banho, ele fica mais feliz ainda e está quentinho, eu ponho ele no meu peito, ele fica num carinho. Ele coloca até a mãozinha assim em mim [no peito], ele dá risada, daí morde o bico do meu peito e dá risada. Na hora do banho eu coloco bastante aguinha e a água fica até o umbigo, daí eu dou uma deitadinha nele, aí ele coloca a perninha no canto da banheira e se apoia. Então ele não chora, ele fica tranquilinho. Lá no hospital colocavam muita água e ele chorava muito, gravei ele até.*

*M9: Dar banho acho importante para ter esse vínculo, né? Mãe e filha. Para dar banho tem sempre gente comigo porque eu tenho medo assim, porque como eu dou banho nela no banheiro mesmo, na banheira, a banheira tem trocador em cima, então eu preciso de alguém para tirar ela do banho e baixar o trocador. Umas coisinhas assim só que às vezes preciso de ajuda, mas de resto eu faço tudo sozinha.*

Além do banho, após a alta, a amamentação foi vista como preocupante para as mães, pois demanda sua atenção, pois é acompanhada de outras manifestações do bebê. Além disso, há a preocupação em oferecer o leite em intervalos de tempo semelhantes ao do período de internação.

*M4: Fico atenta na hora da mamada dele porque a hora que ele estava internado caía bastante a saturação dele, ficava um pouquinho mal e tudo. Mas agora ele está melhorando, mas eu fico preocupada nessas horas: na hora que está mamando, de ele não ficar muito cansado, deixar ele mais descansadinho, ele está mamando na chuquinha.*

*M5: Em casa é diferente, pelo menos para mim. O tempo para ele mamar, no começo, tinha meio dúvida, eu tentava dar mamá de 3 em 3 horas como no hospital. Elas davam rápido lá no berçário e eu não conseguia dar, já me desesperava. Eu saí do berçário achando que deveria ser de 3 em 3 horas, e comigo ele praticamente está mamando de 2 em 2 [horas]. Agora dou mamá de 4 em 4 horas, a pediatra disse para mim que pode ser de 4 em 4, é o tempo dele.*

*M7: Dou o mamá de 3 em 3 horas, à noite tenho que ficar acordando, não tem jeito. Aí ele acorda e não quer dormir, às vezes ele faz cocô durante a mamada, aí eu tenho que dar mamá, esperar um pouquinho e trocar ele.*

Para M5, a impossibilidade de amamentar o bebê no peito repercutiu negativamente no seu emocional. A decepção em não poder amamentar o filho e ser obrigada a aderir unicamente ao bico artificial (mamadeira), foi associada à prematuridade e ao período

prolongado em que o bebê permaneceu internado. Uma maneira de aceitar a situação vivenciada e que serviu de consolo foi relembrar casos em que outras mães de bebês pré-termos não puderam realizar essa ocupação. O relato abaixo denota o desejo de amamentar o filho.

*M5: Queria que ele tivesse pegado o peito, só que ele não pegou. Acho que foi por tudo isso que ele passou na UTI internado. Não tinha nem condições de ele pegar. Eu pensei que era só ele, mas não é: uma menina que ficou lá também não pegou, acho que a experiência deles atrapalha nisso.*

No decorrer da primeira semana após a alta do filho, M8 conta que gostou da experiência de ser mãe e relata que desenvolveu a paciência necessária para exercer o papel materno.

*M8: Até agora eu gostei da minha experiência como mãe, nunca imaginaria. Quando eu não a tinha – Deus que me livre, Deus que me livre, Deus que me livre! – eu dizia que não iria ter paciência, agora eu estou tendo toda a paciência do mundo, aprendi a ser mais paciente, tem que ser, né?*

Outras ações que as mães interlocutoras realizaram na primeira semana após a alta e a fizeram se sentirem mais confiantes, responsáveis e autônomas pelo cuidado com o filho, foram: “banho de sol”, “dar medicações/vitaminas” e “massagem para cólica”.

*M3: Comecei o banho de sol, que eu queria fazer desde o berçário, faço todo dia de manhã... Porque como a gente ficava no hospital, não podia fazer [...] Agora que estamos em casa, eu me sinto mais segura, posso cuidar mais, tenho mais tempo para ficar com ela, então o que faço é a estimulação em casa, massagem... Esses dias ela teve muita cólica e eu e meu marido fizemos bastante massagem, ela ficou bem relaxadinha com a massagem.*

*M4: [...] os medicamentos eu tenho que dar para ele em horário tudo certinho. Porque é uma coisa importante para ele, ele toma remédio para refluxo, né? E isso que está ajudando a melhorar ele, ele fica chorando e volta muito o leite dele. Então eu fico atenta para dar o remédio certinho, para ele ficar bem.*

*M9: [...] acho importante dar o remédio. Eu faço tudo, não deixo ninguém fazer, a não ser que seja oferecer o leite, trocar a fralda, banho, mas remédio é só eu [...].*

Foi possível identificar que, com o desempenho de atividades relativas ao cuidado e à interação com o filho no decorrer do tempo, as mães desta pesquisa adquiriram segurança para desempenharem o papel de mãe, ainda que, nesse princípio, voltadas a atividades e a preocupações inerentes ao nascimento de um bebê de risco. Por exemplo, para algumas mães, o primeiro mês foi dedicado principalmente a amenizar os problemas respiratórios dos bebês, decorrentes da imaturidade pulmonar, como também protegerem os filhos, suscetíveis a

infecções decorrentes da imaturidade do sistema imunológico. Ainda é possível observar que as participantes vão relacionando os sinais emitidos pelo bebê a suas ações, em um acerto mútuo entre o que fazem e como fazem as respostas do bebê.

M5: *Eu acho que agora está tudo dentro dos conformes, está tudo bem, sabe? Consegui me organizar, o pai dele também. É no ritmo dele, a gente já pegou o ritmo dele, já peguei os cuidados, agora acho que está tudo em ordem, agora me sinto mãe.*

M6: *Já peguei os cuidados.*

M7: *A gente pegou o ritmo dele.*

M8: *O primeiro mês foi muito estressante porque a gente não está acostumada, né? Agora que vai começar. Daí tem as vacinas, ela começa a ficar doente, dar febre, ela tomou a vacina esse mês e deu febre, mas fora isso está tranquilo, vou pegando o jeito [...] ela ficou gripada, levei na UBS, elas examinaram: a respiração estava boa e disseram que era só o nariz mesmo. Daí agora estou lavando com soro fisiológico, aí agora ela está bem melhor. Antes não dormia bem de madrugada e ficava toda hora acordando, tinha que colocar ela para dormir com o travesseiro erguedinho porque deitado acho que o nariz entope, agora ela está melhorando.*

M9: *Ela é calminha. O único problema é à noite que ela não dorme às vezes. Daí quando ela esguela eu tento descobrir o que é.*

Um mês após a alta do bebê, as interlocutoras relataram ter receio de “sair com o filho”. Importante considerar que as mães acreditam que o bebê pré-termo é frágil e suscetível a intercorrências, visto que apresentam sistema imunológico deficiente, o que aumenta o risco de infecções. Nota-se que as participantes relataram o desejo de sair de casa, passear na praça, ir a outros lugares etc., mas que se sentiam restringidas pela condição do bebê.

M1: *Só não saio com ele ainda porque eu tenho um pouco de medo pelo tempo que ele ficou no hospital. Queria passear com ele, ir à vovó, mas por enquanto é esperar as vacinas e receber a visita da avó em casa mesmo. Mas já fiz a primeira festa dele de mêsversário [risos]... Claro que só a família, mas não poderia deixar passar em branco, tirei muitas fotos.*

M2: *Queria levar ela para passear, ainda não realizei por causa da vacina [...]*

M3: *Queria viajar, mas, assim, acho que não é o momento ainda. Então vou esperar um pouco, ainda é muito cedo para ela fazer muitas coisas. A médica disse para não sair muito de casa que está tendo muita doença, né? Mas eu gosto bastante de passear perto de casa, quando eu levo meu filho na escola, eu levo ela para ela dar uma olhada, ela já conhece o caminho, ela presta bastante atenção.*

M4: *Eu gostaria de levar ele na pracinha, passear com ele, bastante lugar com ele, mas a gente não pode por conta de ele ser muito prematuro. Então*

*ele tem tendência a pegar infecção fácil, vírus, essas coisas. Eu morro de medo que ele pegue uma gripe.*

*M5: Eu queria sair mais, passear por vários lugares, mas tenho que esperar, preciso cuidar dele primeiro.*

*M7: Queria sair mais, nem saio de casa com ele, nem para atravessar a rua [risos]. O tempo está muito frio, por causa das vacinas também. Eu ligo o umidificador, deixo o umidificador ligado. Eu acho que só depois dos 4 meses eu posso sair mais fora de casa.*

*M8: Só passei com ela uma vez, mas daí começou a ventar muito e eu fiquei com medo, o bercinho dela estava todo cheio de coberta, mas mesmo assim, né? A gente nunca sabe, a levanta e vem o vento gelado. É esperar ela crescer mais.*

Uma das participantes, a M9, disse sair com o bebê:

*M9: Eu saio com ela agora, não saio todo dia, mas eu saio bastante com ela, os fins de semana, vou aos aniversários da família, que é grande. Esse fim de semana mesmo fui sair com ela e foi um sacrifício achar uma roupinha que coubesse, as roupas ainda ficam grandes para ela, daí não consigo combinar.*

Um mês após a alta do bebê, as mães participantes relataram ocupações realizadas em domicílio. Algumas interlocutoras apontaram a preferência por cuidar sozinha do bebê, considerando o aprendizado anterior, adquirido durante a internação do filho e a prática do dia a dia no domicílio. Nota-se que o ambiente do lar permitiu conhecer os bebês mais intimamente e reforçou o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Dentre as ocupações, destacaram-se, ainda, a amamentação e o banho, agora como atividades prazerosas para as mães e seus bebês. Conversar com o bebê, pentear o cabelo e colocar laços também foram relatadas.

*M1: Como eu gosto de dar o banho. Ele gosta, fica todo sorridente e olha como ele está gordinho, nem parece que sofreu tudo o que sofreu. Está crescendo e bem... No banho eu balanço ele na água... Ele adora.*

*M1: Fico tão feliz em poder amamentar ele. A gente escuta tanta história de mães de bebês prematuros que não conseguiram amamentar. Tinha muito medo, mas – graças a Deus – amamento... Ele fica me olhando, fica perto de mim: é o nosso momento.*

*M3: Gosto de dar banho nela, ela gosta de tomar banho.*

*M4: Faço inalação nele, coloco soro no nariz porque esse tempo está muito seco e o narizinho dele entope muito fácil. Aí eu faço inalação, limpo o nariz com um cotonete, sempre faço isso [...]. Gosto bastante de dar banho nele, porque é gostoso, ele fica cheirosinho.*

*M5: Agora consigo dar o banho. Ele era muito agitado, mas agora está mais*

*tranquilo, cresceu, achava que nunca iria conseguir dar o banho, morria de medo.*

*M8: Fico o dia inteiro assistindo televisão, descansando e cuidando dela. Ela dorme bastante agora, o dia inteiro, e à noite fica acordada até uma certa hora. Está sendo assim todos os dias. Daí eu troquei o dia pela noite também. Levanto, dou mama para ela, fico assistindo televisão. Enquanto ela dorme, eu fico pra lá e pra cá fazendo as coisas, arrumando tudo [...] fico conversando com ela, mesmo quando ela está dormindo eu fico conversando com ela.*

Algumas mães primíparas, mesmo um mês após a alta, continuaram referindo sentimento de medo em relação ao desempenho do banho no bebê.

*M4: Fico sozinha em casa porque meu marido vai trabalhar. Então fico preocupada com o banho porque tenho medo, porque ele é muito pequenininho. Na hora que pego tenho medo que escorregue, alguma coisa, fico cuidando.*

A maternidade é relatada com orgulho pela evolução dos filhos, pela percepção do desenvolvimento infantil e do comportamento esperado para um bebê tido como normal. As mães relataram a importância de brincar, de conversar e de dançar com o bebê, enfim, de estimulá-lo.

*M1: Gosto de brincar com ele, como ele gosta daquele polvo [risos]*

*M3: Converso com ela, que a fisioterapeuta já tinha falado a última vez que ela iria ficar mais atenta. E ela está realmente bem mais atenta: acordada ela presta atenção em tudo, tudo o que a gente está fazendo. Passo perto, dou a volta nela e ela fica olhando [risos] [...] Brinco bastante. A gente tenta deixar ela de um jeitinho para ver se ela já começa a sair do lugar, se ela já começa a ter força no corpinho e senti que ela já está ficando mais firminha. Antes sentia ela mais fragilzinha, hoje mais firminha. Mais para frente, quando ela quiser dar umas rodadas, vou ter que cuidar dela, já com a posição de barriga para baixo.*

*M4: Eu canto para ele, ligo o rádio, ele fica quietinho, fico dançando com ele em casa e ele gosta.*

*M8: Brinco com ela, converso. Agora ela está mais atenta, ela era mais dorminhoca, agora ela dorme pouco e fica bastante tempo acordada.*

*M9: Aprendi que o soluço é normal, achava que poderia ser frio, ficava preocupada...*

M1 conta que o marido conseguiu um emprego e o orgulho de acompanhar o crescimento do bebê.

*M1: Tudo se ajeitando, meu marido encontrou emprego. Ele [B1] está lindo, gorducho, meu milagre. Sigo as recomendações do doutor [...] Meu bebê*

*está crescendo tão rápido... Fecho meus olhos e ele já completa mais um mês... E como é gostoso acompanhar de perto isso, é tão bom ser mãe... É tão bom saber que sou a melhor coisa do mundo para ele: ele arrebenta meu cabelo, grita no meu ouvido [risos], me sinto especial, ele é um milagre de Deus.*

*M3: É maravilhoso, família completa. Meu outro filho está tão apegado à irmã que quando vou buscá-lo na escola, ele quer que eu leve ela. Ele cuida dela de uma forma que eu fico encantada, é muito amor.*

Uma mãe participante, a M4, contou com detalhes como foi o primeiro mês em casa, demonstrando exaustão por cuidar do filho sozinha e apontando a responsabilidade ampliada ao cuidar de um bebê que nasceu prematuramente. Ainda fala que o marido tem medo de oferecer o leite ao filho e, portanto, o cuidado acaba sendo exclusivamente da mãe.

*M5: Eu fico muito em casa. Teve uma vez que eu fiquei mais de uma semana em casa sem sair. A gente não sai, agora no final de semana que a gente foi um pouquinho na minha mãe, um pouquinho na minha sogra e só. Deixei ele um pouquinho com a minha cunhada porque eu tinha que resolver umas coisas, mas é só. Lembrando que o B4 mama de 3 em 3 horas – geralmente eu que dou. Meu marido tem medo e acaba só para mim dia e noite. Estou um pouco estressada, afinal a gente não pode sair de casa, pois o B4 é prematuro extremo. Nunca achei que fosse tão difícil. Parece que todo dia mato um leão. Eu só quero que ele fique bem. Não tenho com quem conversar. O que eu posso concluir é que não tenho mais a minha vida. Vivo somente em função do meu filho. Mas quando ele sorri tudo vale a pena... Desculpe o desabafo, mas é que não tenho ninguém para conversar...*

Em relação ao descanso noturno, as mães contam com alegria que estão conseguindo descansar e isso se deve aos três fatores citados por elas: o bebê encontra-se mais calmo (M7), recebem apoio de algum membro da família (M9) ou trocaram o dia pela noite (M8).

*M8: [...] o dia inteiro assistindo televisão, descansando e cuidando dela. Ela dorme bastante agora, o dia inteiro e à noite fica acordada até certa hora. Está sendo assim todos os dias, daí eu troquei o dia pela noite também.*

Após a alta, a evolução do quadro clínico do bebê pode acontecer de forma inesperada, sendo que, em alguns casos, poderá necessitar de cuidados específicos, com exigência de internação.

Alguns dias após a alta, entre a segunda e a terceira etapa deste estudo, M6 foi confrontada com uma situação que levou à reinternação de B6 por 11 dias. O incidente foi extremamente assustador devido às oscilações da condição de saúde do bebê e à consequente postergação da alta hospitalar.

Por M6 residir em outra cidade, refere que, para a sua tranquilidade, solicitou a transferência do bebê para o hospital localizado na cidade em que o filho permaneceu

internado após o parto. Após o ocorrido, B6 foi diagnosticado com broncoaspiração e pneumonia, permanecendo 6 dias na UTIN e 5 dias no quarto da enfermaria, localizado próximo à UCIN. A mãe contou como foi o processo de reinternação:

*B6: O B6 estava muito doente, muito gripado e com tosse muito forte, vomitando toda hora, ele tentava mamar, mas não conseguia e ficava com os peitos muito cheios, ele tossia e se engasgava e vomitava. Tento manter a calma, mas não consigo, estou com muito medo de ele piorar, poderia ser comigo e não com ele [...] ele teve uma parada respiratória e ficou muito mal, ficou na UTI infantil em estado grave [...]. Sábado e domingo não tem ônibus e não podia ver ele, não foi fácil matar um leão por dia porque foi muito difícil para mim, eu não aguentava mais. Dormia com a manta dele todas as noites, às vezes eu pegava o bichinho dele para abraçar e imaginava ele aqui brincando com o polvinho dele.*

Assim, os imprevistos advindos do nascimento de um bebê pré-termo podem dificultar ainda mais o exercer da maternidade para essas mães. Da mesma forma, conforme vivenciado pelas interlocuras, o senso de responsabilidade pela vida, pelo crescimento e pelo desenvolvimento do bebê são sensações que perduraram após a alta do filho.

## 5 DISCUSSÃO

Contribuindo para o conhecimento sobre a maternidade à luz da ocupação a partir do desempenho e do engajamento da mulher genitora em atividades de cuidado e de interação com seu bebê na condição da prematuridade, lócus deste estudo, identificou-se as ocupações de mães de bebês pré-termos na internação, uma semana e um mês pós-alta, verificando sua relação com o processo de construção da identidade ocupacional materna, visto, ainda, que facilidades e dificuldades presentes interferiram na construção dessa identidade.

Os resultados encontrados são relevantes, tendo em vista a complexidade do estudo sobre a ocupação de mães de bebês pré-termos, sendo esses discutidos a partir do Modelo de Ocupação Humana a fim de contribuir com o conhecimento acerca da identidade ocupacional dessas mães e aprofundar a compreensão desse fenômeno na área da Terapia Ocupacional. O MOH, modelo centrado na pessoa e em sua vida ocupacional, é focado nos momentos de mudanças vividos pelas pessoas (KIELHOFNER, 2011).

Como se sabe, a ocupação estrutura-se de maneira singular, compõe habilidades e características próprias de cada pessoa e encontra-se em contínuo desenvolvimento e transformação. Ainda, está relacionada ao que as pessoas fazem, como fazem (tempo, espaço e desempenho) e em quais circunstâncias (DICKIE, 2011). Já o pós-parto (puerpério) é um momento de significativa mudança na vida de uma mulher, nesse período ocorrem adaptações e reestruturações na rotina familiar que podem ocasionar mudanças na identidade ocupacional como mãe.

Os resultados mostraram que o nascimento pré-termo pode intensificar e prolongar essa condição de instabilidade identitária. Para Horne, Corr e Earle (2005), o processo de tornar-se mãe envolve a restrição de escolha de ocupações, sendo um período de ajuste, em que a maternidade é percebida de forma complexa e custosa.

O desenvolvimento da identidade ocupacional materna é um processo direcionado para a adoção de comportamentos maternos e, nesse sentido, a construção da identidade materna indica a conquista do papel materno, ou seja, o tornar-se mãe (OZKAN; POLAT, 2011). Ser mãe, para algumas pessoas, sem dúvida, é uma das principais aquisições de papéis na vida adulta (OLSON, 2004), cenário em que mães de bebês pré-termos podem apresentar dificuldades em construir e consolidar uma identidade.

Assim, a compreensão por parte das mães acerca da apropriação materna referente aos cuidados e à interação com o filho, que necessitou de internação logo após o nascimento, é decisivo para a construção da identidade ocupacional e, ainda, para a identidade ocupacional

materna (CHRISTIANSEN, 1999; MARTINS, 2017).

### **5.1 Ocupações durante a internação do filho e processo de construção da identidade ocupacional**

A análise dos resultados indentificou ocupações especificamente relacionadas à maternidade na percepção das participantes e modificações ou adaptações de ocupações experimentadas durante a internação e após a alta do bebê. Além disso, as participantes compartilharam vivências e percepções acerca das mudanças que surgiram durante a maternidade, o que permitiu uma melhor compreensão de suas experiências.

Este estudo confirmou os achados de outras pesquisas referentes à dificuldade de adaptação que as mães experimentam com o filho internado em uma unidade neonatal. De acordo com a literatura, o processo de adaptação da mãe à internação do bebê pré-termo é influenciado por fatores externos, como elementos culturais, sociais e familiares (FELDMAN, 2007; TREYVAUD et al., 2012; STEFANA; LAVELLI, 2017).

Estudos na área de Terapia Ocupacional revelam as adaptações maternas enquanto o bebê encontra-se hospitalizado, dentre elas destacam-se os cuidados realizados pela equipe, a rotina diária desgastante que envolve deslocamentos e manutenção do domicílio no período em que o filho permanece internado, além de enfrentar esse período com desejo constante de que o bebê esteja em casa com a família (MIRA; BASTÍAS, 2006; PRICE; MINER, 2008; AVILÈS, 2010; GIBBS, 2011).

Para Gibbs, Boshoff e Stanley (2016), o papel de pais e mães concentra-se em duas áreas: administrar a sensação de perturbação ocupacional ao vivenciar a transição entre papéis projetados durante a gestação e participar de ocupações que lhes deram significado como pais. Isso também foi observado neste estudo, que durante a internação em UCIN, as participantes procuraram recuperar a identidade ocupacional materna que fora construída ao longo da gravidez.

Os primeiros dias na UTIN foram considerados árduos para as mães interlocutoras deste estudo. As participantes pontuaram quatro fatores negativos no processo de construção de uma identidade ocupacional materna: 1) o tempo limitado para a realização das visitas; 2) os deslocamentos para visitar o filho; 3) a impossibilidade de exercer cuidados e interagir com o filho; e 4) a inconsistência das informações transmitidas pelos profissionais. Os dados corroboram os estudos anteriores, evidenciando que a restrição de visitas pode inibir a participação de pais em atividades de cuidado e que a comunicação com a equipe pode

facilitar ou dificultar esse envolvimento. Nesse contexto, as mães procuraram oportunidades de engajamento no cuidado e interação com um bebê frágil (GIBBS; BOSHOFF; LANE, 2010; STRONG et al., 1999).

O pouco tempo despendido com o filho, o cuidado dispensado a ele e as incertezas referentes à condição clínica do bebê internado em uma UTIN, foram identificados no estudo de Dashevsky (2012) como potentes na redução do senso de competência materna.

Para Melo e colaboradores (2016), o fato da mãe vivenciar a experiência precoce da hospitalização do filho em um ambiente de cuidados intensivos favorece a emergência de conflitos emocionais. É importante notar que o suporte de vida é prioridade da UTIN e, nesse sentido, as mães têm um espaço reduzido para ficar com o filho, seja pelo tempo em que é permitido permanecer no ambiente ou pelo fato da equipe não favorecer a participação materna nos cuidados com o filho.

O ambiente da UTIN pode produzir efeitos sobre o exercício da maternidade devido aos procedimentos e aos protocolos utilizados pela equipe, como também as informações inconsistentes ou pouco precisas oferecidas pelos profissionais. Mães podem se perceber como mãe substituta para o próprio filho que, uma vez atendido por outras pessoas, tem limitado acesso materno, desencadeando sentimentos de impotência, de fracasso e sensação de menor valor nesse período. O processo dificulta, pois, a construção da identidade ocupacional, considerando que a mãe não pode engajar-se em atividades relativas à maternidade (LARA; KIND, 2014; ROSSMAN; GREENE; MEIER, 2015). Percebe-se que o ambiente hospitalar pode interferir negativamente na construção da identidade ocupacional de mães de bebês pré-termos, pois o contexto de internação poderá priva-las do exercício da maternidade e de sentirem-se responsáveis pelo filho.

A experiência do nascimento pré-termo foi percebida pelas mães participantes como um momento difícil, algumas interlocuras apresentaram dificuldades para descrever essa vivência, expressando potencial abalo ao encontrarem seus filhos logo após o nascimento. Os dados corroboram os achados da literatura, os quais identificam a dificuldade materna em estabelecer um relacionamento com o bebê que difere daquele idealizado na gestação (BAKER; McGRATH, 2011; PROVENZI; SANTORO, 2015; Del FABBRO; CAIN, 2016; HAGEN; IVERSEN; SVINDSETH, 2016).

O parto, muitas vezes súbito e inesperado, ocorreu imediatamente após a internação da mãe, sem que fosse preparada para esse momento. O mesmo foi identificado no estudo de Joaquim et al. (2018), em que encontraram casos de mães que ficaram perambulando do domicílio à instituição hospitalar, internadas somente na iminência de uma complicação,

como o rompimento da bolsa amniótica, a ocorrência de sangramento e de sinais de infecção, o aumento de pressão arterial, entre outros fatores.

Algumas participantes deste estudo consideraram que o tempo limitado do período gestacional afetou a construção da identidade ocupacional como mães. Ações como fotografar imagens do crescimento da barriga e preparar o chá do bebê foram adiadas por conta da gestação interrompida. Essa situação apoia as evidências apresentadas na literatura de que a gravidez vivenciada por um período reduzido interfere na formação da identidade materna (GIBBS; BOSHOFF; STANLEY, 2015, 2016; GIBBS; BOSHOFF; LANE, 2010).

O tamanho do bebê pré-termo também impactou algumas mães deste estudo, que, confrontadas com essa realidade, confidenciaram o temor da morte do filho. De acordo com Widding e Farooqi (2016), o medo da pequenez do bebê pré-termo e o fato de que este pode não sobreviver leva a mãe a quase conscientemente decidir que ela não se apegará ao filho de forma a evitar a intensificação do sofrimento caso ele faleça.

O mesmo foi evidente neste estudo, em que as mães apresentaram uma dificuldade em lidar com a situação de prematuridade do filho, distinto, pois, daquele idealizado antes do nascimento. A incapacidade de participar de ocupações da maternidade intensificaram uma sensação de desconexão com a identidade antecipada de ser mãe.

A causação pessoal das mães foi significativamente impactada em virtude da falta de senso de controle para cuidar do filho durante o período de internação em uma UTIN, sendo evidente a complacência passiva do papel materno. Sentimentos de impotência emergiram das participantes, associados à sensação de fazer pouco ou nada para influenciar a própria capacidade de interagir com o bebê. Algumas mães sentiam que essa etapa da vida era controlada por circunstâncias externas e expressaram insatisfação quanto às informações transmitidas pela equipe médica, momento em que vivenciaram uma diminuição da capacidade de planejar e de exercer cuidados ao bebê. Segundo Taylor e Kielhofner (2017), o contexto físico e social do ambiente influencia a motivação da pessoa para realizar uma atividade que desperte interesse e valor.

Nesta pesquisa, o contexto de prematuridade do filho, a sensação de incapacidade para exercer os cuidados ao bebê e as circunstâncias ambientais foram fatores decisivos no senso de competência materna e na realização de um repertório desejado de papéis projetados. Nesse sentido, Provenzi et al. (2016) identificaram que mães de bebês pré-termos passam por um processo de transição, em que se ajustam ao contexto e à nova realidade do bebê, frustrando concepções anteriores.

Considerando a importância da participação na vida ocupacional das pessoas, o

processo volitivo de cada uma requer uma atenção especial a todas as dimensões ambientais, fundamentais ao seu desenvolvimento e, por conseguinte, à formação de sua identidade ocupacional. Neste estudo, a sensação de incapacidade para assumir o papel materno e reconhecer suas capacidades como mãe interferiu de forma direta na volição materna. As participantes vivenciaram restrições no ambiente das UTIN e das UCIN, em que, como observado, a causação pessoal materna foi significativamente impactada pelo contexto das unidades.

Por outro lado, a maior responsabilidade pela prestação de cuidados ao filho foi intensificada e influenciada pelo ambiente da UCIN. A causação pessoal das mães aumentou o senso de capacidade e o sentimento de eficácia no papel materno, uma vez que esse ambiente permitiu às mães apropriarem-se mais dos cuidados e reconhecerem suas capacidades, participando mais ativamente do processo de desenvolvimento do bebê que nasceu prematuramente.

A volição das mães mostrou o compromisso delas com a maternidade e a motivação em engajarem-se na ocupação da maternidade, expressando interesse em estar com o filho mesmo que pudessem estar indispostas por algum motivo.

Com o passar dos dias, foi evidente a transformação gradativa na participação das mães interlocutoras, que se aproximaram dos filhos por meio do contato físico, da possibilidade de pegá-lo no colo e de tocá-lo, superando medos quanto à sobrevivência da cria, percebendo sua evolução clínica por meio de seu ganho de peso e tamanho, bem como vivenciando mudanças e aquisições de habilidades e confiança. Percebe-se que as mães buscaram, a cada encontro, uma identificação com o próprio filho e o autoconhecimento em seu papel materno.

Os resultados mostram que a realização de ocupações em contexto hospitalar despertou nas mães uma sensação que variou entre aspectos positivos, relacionados ao período de aprendizagem ao cuidar do filho e interagir com um bebê clinicamente estável, e negativos quanto às restrições e à organização da vida em função da rotina hospitalar. A partir da visão proposta por Kielhofner (2011), o ambiente apresenta duas amplas influências na participação e no desempenho ocupacional: as oportunidades e os recursos; e as demandas e as restrições. Assim, as dimensões e as características dos ambientes impactam na volição e na capacidade de desempenho das pessoas, influenciando-as no que fazem e no que chegam a ser.

Observa-se que o hospital constitui-se como um local específico, com regras e rotinas particulares que implicaram mudanças nas ocupações realizadas por cada mãe. De acordo

com Gibbs, Boshoff e Stanley (2016), o ambiente hospitalar tem um impacto significativo na participação das mães em ocupações relativas à maternidade, também evidenciado no presente estudo.

Horne, Corr e Earle (2005) consideram que a mulher realiza ocupações que necessitam para capacitá-las a desempenhar seu papel de mãe em oposição àquelas que escolheriam fazer. Dessa forma, o estudo mostra que, na UCIN, as mães envolveram-se gradativamente em ocupações que permitiram uma sensação de conexão com a cria e o desempenho da maternidade realizando atividades de cuidado e de interação.

Por meio das análises deste estudo observou-se que a possibilidade de permanecer em tempo integral com o filho durante a internação hospitalar na UCIN permitiu às mães participantes adquirirem aprendizados relacionados às atividades de cuidado, por exemplo, “banhar o bebê”, “amamentar/oferecer o leite”, “trocar a fralda” e “pegar no colo”, atividades restritas durante o período em que o bebê esteve hospitalizado na UTIN. Ainda a capacidade de desempenho aumenta quando a compreensão da atividade ocorre ao longo do tempo, ampliando a competência ocupacional que, por sua vez, retoma o desejo (volição) das mães. Para Arzani et al. (2015), o tempo é referido como facilitador para que as mães se adaptem à situação de prematuridade e de internação do filho.

Da mesma forma, os resultados do estudo de Gibbs, Boshoff e Stanley (2016) mostraram que à medida que a estabilidade do bebê aumenta, as mães se esforçam para envolver-se em ocupações significativas e, assim, o desempenho do papel parental torna-se mais evidente. Percebe-se, portanto, que os pais devem ser motivados e estimulados para tanto, de forma que é preciso que a equipe esteja sensibilizada com a vivência dessas mães, considerando o ambiente em que estão inseridas e a necessidade de envolverem-se em atividades que auxiliem na construção da identidade ocupacional materna. Nesse sentido, o conjunto de características físicas, sociais, ambientais, culturais e políticas dos contextos pessoais impactam a motivação, a organização e a capacidade de desempenho da pessoa (KIELHOFNER, 2011).

A atividade “banhar o bebê” foi considerada difícil para a maioria das participantes, que manifestaram medo em realizá-la durante a internação do filho, seja pelo tamanho do bebê ou pela rotina hospitalar em que o horário do banho ocorria no início do dia.

Os resultados ainda permitiram identificar atividades da maternidade consideradas, na perspectiva das interlocutoras, como significativas/importantes e satisfatórias/prazerosas. Os estudos de Hodgetts et al. (2014) e de Dür et al. (2018) revelam que o engajamento em atividades significativas influencia na saúde e no bem-estar de mães de bebês pré-termos. Os

resultados do estudo de Gibbs, Boshoff e Stanley (2015), destacam, por sua vez, a importância de permitir, em ambiente hospitalar, o envolvimento das mães em atividades de cuidado de maneira que sejam significativas para elas.

Dada a importância de se dedicar em ocupações significativas, é possível inferir que o processo de adaptação de uma pessoa é ainda mais complexo quando ocorre uma interrupção na participação em ocupações planejadas. Sendo assim, as mães de bebês pré-termos e que foram internados necessitam recuperar as atividades latentes desde o nascimento pré-termo, resgatando a relação e a identidade ocupacional de mãe.

De acordo com De Las Heras (2011), dois dos objetivos gerais do MOH são: 1) facilitar o desenvolvimento de sentido de responsabilidade ante o processo de alcançar objetivos e uma participação ocupacional satisfatória, e 2) facilitar o processo de exploração, de aprendizagem e de prática da participação das pessoas em papéis e atividades significativas. Portanto, o MOH enfatiza a participação da pessoa em ocupações significativas, cujo envolvimento promove sentido, bem-estar e qualidade de vida (DE LAS HERAS, 2011). Os resultados do estudo mostram que observar a equipe realizando os cuidados com o bebê foi considerada uma atividade significativa para as mães.

Para Kielhofner (2011), a partir da forma significativa, o equilíbrio entre competência e identidade é promovido pela participação em distintas ocupações e contextos ocupacionais. Com o tempo, a pessoa sente-se ou não satisfeita com o que vivencia e, conseqüentemente, pode compartilhar um mesmo contexto ocupacional e experimentar de maneira distinta o impacto no desempenho e na satisfação.

Neste estudo, as atividades que foram consideradas satisfatórias, na perspectiva das interlocutoras, foram: “amamentação/oferecer leite”, “poder cuidar do filho”, “contato físico”, “vestir o bebê” e “acompanhar procedimentos”. Essas atividades foram vivenciadas com mais afinco durante a internação em UCIN quando comparado às experiências em UTIN. De acordo com o MOH, quando o sujeito encontra-se em ambientes desfavoráveis e vivencia a impossibilidade de participar ocupacionalmente, ele cria os próprios contextos de satisfação a partir das mudanças experimentadas diariamente por meio do fazer (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

As mudanças ocupacionais experimentadas pelas mães em UCIN permitiram que as participantes experimentassem transformações na construção da identidade ocupacional materna e no senso de competência, sentindo confiança em exercerem os cuidados ao filho e atender às suas necessidades e ao desejo de interagir com o bebê pegando-o no colo sempre que desejassem. De acordo com Kielhofner (2008), a mudança ocupacional ocorre por meio

de uma contínua progressão compreendida desde a exploração do estado de competência até, finalmente, o seu alcance.

As pessoas experimentam mudanças ocupacionais quando se envolvem em novos papéis – como nesta pesquisa, ser mãe de um bebê pré-termo. Nesse processo de modificações, as pessoas se integram a novos ambientes e organizam suas vidas de acordo com as circunstâncias ou com os eventos importantes ou adversos (KIELHOFNER, 2011).

Estudos evidenciam que a adaptação ao papel materno pode ser promovida por meio do apoio às mães de bebês pré-terms. As informações transmitidas pelos profissionais apresentam-se como um requisito essencial para permitir que as mães compreendam a situação do filho, além de ajudar no alívio de preocupações ou de ansiedade despertadas pela internação da cria. Os diálogos entre equipe e mães de bebês pré-terms intensificam o envolvimento na assistência ao filho e serviu como meio de recuperar o controle parental em ambiente hospitalar (GIBBS; BOSHOF; STANLEY, 2016; HEYDARPOUR; KESHAVARZ; BAKHTIARI, 2017). Frota et al. (2013) destacam que, quando a mãe recebe orientações consistentes durante o período de hospitalização do bebê, o processo de transição e de adaptação à realização do cuidado em ambiente domiciliar se torna mais ameno.

Siqueira e Dias (2011) destacam que, durante a internação do bebê, a transmissão de confiança e a motivação pela equipe pode auxiliar na superação do medo e da insegurança no desempenho das mães em atividades diárias. Assim, a equipe deveria oferecer sustentação à identidade ocupacional de mães, importante atuação do terapeuta ocupacional. Turner et al. (2015) mostraram que, com o tempo, alguns aspectos favorecerem o engajamento dessas mães nas atividades de cuidado com os bebês, sobretudo aqueles relacionados ao suporte dos companheiros e/ou família, ao suporte informacional, à possibilidade de estar no ambiente com o bebê e acompanhar sua rotina hospitalar, bem como ao acesso à equipe multiprofissional.

No presente estudo foi possível observar que as mães, inicialmente, recebiam informações insuficientes quanto à condição clínica do filho. Os primeiros dias de internação do bebê foram significativos em algumas das falas, visto que intensificaram sentimentos de medo e de culpa após o nascimento antecipado relacionado à aparência física do bebê e à preocupação quanto à sua sobrevivência. Nesse sentido, a equipe deveria tornar o contexto mais acessível, repassando informações acerca da condição clínica, além de acompanhá-las de forma mais efetiva nos momentos de visita, orientando-as quanto ao contato, à função dos aparelhos e à monitoração.

Na UCIN, a oportunidade de engajar-se nos cuidados com o filho, principalmente

quando este se encontra fora da incubadora, permitiu que as mães vivenciassem o papel materno de forma mais consistente, ou seja, a simples alternativa de pegar o filho no colo já permitiu, em alguma medida, o sentir-se mãe. Os resultados corroboram os achados de Gibbs, Boshoff e Stanley (2016), que identificaram o equipamento como barreira física ao envolvimento das mães no cuidado com os filhos. Além disso, a incubadora reforçou a condição crítica do bebê, além de despertar um senso de distanciamento entre mães e crias, limitando a interação materna.

O senso de autoconfiança das mães é intensificado a partir das oportunidades proporcionadas para exercer cuidados durante a internação do filho (PISONI et al., 2014). Algumas interlocutoras relataram como positivo o ambiente da UCIN, visto que proporciona a aproximação entre a mãe e o bebê.

Ainda assim, algumas delas relataram medo de tocar o filho, não exercendo essa atividade ou a exercendo pouco, assim como sentimento de culpa por não interagir com o bebê nos primeiros dias de internação (IONIO et al., 2016; AAGAARD et al., 2015; LASIUK et al., 2013). Dados do estudo de Widding e Farooqi (2016) mostraram que, muitas vezes, as mães sentem medo de tocar o filho por imaginar que poderiam machucá-los. Ainda o sentimento de culpa é muito presente em mães que não demonstram sentimentos maternais e hesitação em se apegar ao bebê. Segundo Olson (2004), sentimento de culpa pode estar relacionado à construção da maternidade, pois a sociedade impõe às novas mães a ideia de que é responsabilidade delas a sobrevivência do bebê e o cuidado dispensado ao longo da vida dele.

Para Couto e Praça (2012), um bom desempenho materno é efetivado em decorrência da capacitação e do envolvimento materno e familiar nos cuidados ao bebê pré-termo. Assim, é importante dar ênfase à participação gradativa da mãe desde o início da internação, preparando-a para a alta e para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar. O mesmo é evidenciado neste estudo, pois mostrou aspectos referentes ao processo de construção da identidade materna no decorrer da internação e das ocupações maternas relacionadas ao cuidado e à interação realizados de acordo com a rotina estabelecida pela equipe do hospital.

## **5.2 Ocupações após a alta e processo de construção da identidade ocupacional**

A alta foi vivenciada pelas mães participantes como um momento muito esperado. Em ambiente domiciliar, apareceram relatos referentes ao sentir-se mãe. De acordo com os achados de Black, Holditch-Davis e Miles (2009), o regresso do bebê à casa aumenta o

controle das mães no cuidado ao bebê e o ambiente é percebido como favorecedor para conhecer os filhos mais intimamente.

No presente estudo, houve relatos em relação ao aumento da responsabilidade e à necessidade de cuidar do bebê sem ajuda profissional, resultando na expectativa em desempenhar o papel materno com sucesso. Nos primeiros dias em casa, essa vivência foi encarada como algo novo e as interlocutoras expressaram preocupação e que sentiram como se não estivessem progredindo o suficiente para atender às demandas do filho, suprimindo as expectativas como mãe.

Além disso, com a alta do bebê, algumas mães sentiram medo e insegurança ao assumir integralmente o cuidado do filho. Esses sentimentos podem estar associados à experiência pregressa, ao fato das crias terem permanecido por longo período – de 15 dias a 4 meses – internados em uma UTIN (SHMIDT; HIGARASHI, 2012; FROTA et al., 2013). Da mesma forma, Pisoni et al. (2014) observam que a alta do bebê é ao mesmo tempo um regresso alegre para casa e uma transição estressante para as mães que assumem um cuidado de uma criança considerada imatura e que requer intervenções especializadas contínuas, em risco de readmissão hospitalar.

Wust e Vieira (2011) apontaram que, em domicílio, as mães apresentaram segurança e bem-estar e referiram sentirem-se “mais mãe” em comparação ao período em que permaneceram em ambiente hospitalar, onde não eram proporcionados momentos de intimidade entre mãe e filho.

Com o objetivo de compreender a vivência de mães de pré-termos no cuidado domiciliar após a alta hospitalar, um estudo realizado com quatro mães e seus bebês evidenciou que muitas delas repetem no domicílio as técnicas ensinadas em ambiente hospitalar, na tentativa de reprodução daquela rotina. Ainda a deficiência no processo de preparo para a alta pode ser responsável por sentimentos de insegurança e de medo no cuidado domiciliar (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012), como identificado por algumas interlocutoras deste estudo.

Na presente pesquisa, a exaustão relacionada à dedicação exclusiva aos filhos, em domicílio, foi vivenciada pelas mães que deram ênfase à ocupação inerente ao novo papel emergente, típico da realidade de se ter um recém-nascido em casa. As participantes vivenciaram a ocupação da maternidade como identidade perante a si, bem como perante às expectativas construídas socialmente em relação ao ser mãe. O estudo reforça o quanto esse fenômeno, independente da idade de nascimento do bebê, é vivenciado de forma solitária pela mulher.

De um modo geral, independentemente da quantidade de filhos, as mães vivenciam sentimentos novos ao conceber um filho pré-termo e que demanda, portanto, cuidado diferenciado. Nesse contexto, as primeiras semanas com um bebê prematuro em domicílio são consideradas como um período de adaptação materna (WUST; VIERA, 2011).

Em alguns momentos deste estudo, houve relatos acerca da cobrança de si mesmas por fazer o certo e, dessa forma, ser uma “boa mãe”, haja vista a vigília constante durante a internação do filho. Foi observado que, em domicílio, as participantes deste estudo ocupavam-se praticamente integralmente aos cuidados com o bebê.

Neste sentido, o MOH vê a causação pessoal, os valores e os interesses, elementos que compõem a volição, como traços que determinam as escolhas das pessoas para engajarem-se em ocupações. Esses são conceituados como domínios estáveis de autoconhecimento que produzem motivações para optar pela ação. Os três elementos apresentam memórias, crenças e antecipações que o sujeito possui sobre si mesmo e o meio ambiente (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Após a alta do filho, as participantes referiram que as atividades eram exclusivas ao cuidado com o bebê, relatando, em alguns casos, a sensação de esgotamento e a dificuldade para dormir à noite nesse período. Os dados corroboram o estudo de Horne, Corr e Earle (2005), que evidenciaram a sensação de falta de tempo pós-maternidade, quando as atividades realacionadas ao bebê eram predominantes. Apontam, pois, que esse contexto pode ser exaustivo, com poucas horas de sono, principalmente nos primeiros dias em que o novo papel – o tornar-se mãe – é desempenhado.

De acordo com Barkin e Wisner (2013), a falta de tempo impede o envolvimento materno em atividades de lazer, em que se verifica um distanciamento ou um abandono das ocupações desenvolvidas antes da internação do bebê, atividades que se tornam secundárias por conta da dedicação quase que exclusiva prestada ao filho. Ainda, na primeira semana após a alta, os dados deste estudo apontam para uma redução no envolvimento em atividades de lazer, sendo importante considerar que um bebê demanda a disponibilidade praticamente integral da mãe, quando o lazer, muitas vezes, é deixado de lado. Grande parte das participantes demonstraram estranhamento ou queixas pelo fato de não poderem escolher mais o que desejam ocupar-se, visto que, após o nascimento de um filho, a ocupação da maternidade toma a nova rotina.

Na primeira semana após a alta identificou-se a alteração no dia a dia das interlocutoras devido à chegada do bebê pré-termo que afetou a manutenção da rotina anterior. No período inicial em domicílio, as mães demonstraram sensação de impotência na

realização de ajustes adequados à vida cotidiana e às funções exercidas para a acomodação de um bebê considerado por elas tão frágil.

Inicialmente a maternidade limitou significativamente suas escolhas em ocupações, mas, após esse período em domicílio, as mães dividiram as atividades com os pais e, como consequência, a diminuição da sobrecarga em relação aos cuidados dispensados ao filho, nos primeiros dias após a alta foi percebida. Isso compactua com o estudo de Horne, Corr e Earle (2005), em que com o tempo de seis semanas em domicílio as mulheres percebem ser mães e manifestam uma sensação de controle, quando é estabelecido uma rotina que contribui para que seja assumida a mudança de identidade.

Um mês após a alta, foi possível notar que as interlocutoras referiram sentirem-se mães. A adaptação à maternidade ocorreu de forma gradual e as participantes pontuaram como imprescindível a ajuda dos maridos/companheiros que contribuiram com os cuidados direcionados ao bebê de forma mais efetiva em comparação aos outros momentos do estudo.

Um mês após a alta, quanto à habituação – ou seja, a organização interna das mães – foi perceptível que as participantes sentiram-se reponsáveis pelo desempenho do papel materno, o que lhes concedeu maior senso de identidade e quando houve maior referência sobre setirem-se mães. Para Kielhofner (2011), a habilidade em determinado papel ocorre por meio da resolução das dificuldades de desempenho percebidas durante a realização de diversas atividades, para então adaptar suas ações e ajustar o ambiente quando requerido. O ambiente domiciliar proporciona esse processo de adaptação, visto que, neste estudo, as mães exerceram o papel e reorganizaram seus cotidianos sem o auxílio da equipe.

A percepção de ocupações consideradas satisfatórias e significativas foi percebida por meio do cumprimento das obrigações que o papel de mãe exige, isto é, cuidar do filho e, assim, planejar seu tempo em relação às ocupações desempenhadas. As mães relataram expectativas futuras com as crias: de sair para passear e estimulá-los quanto ao seu desenvolvimento a partir do que era orientado nas consultas mensais.

Para Taylor e Kielhofner (2017), a adaptação ocupacional ocorre por meio da construção da identidade ocupacional e da competência ocupacional por meio do tempo inserido aos contextos ocupacionais, considerando suas demandas, restrições, oportunidades e recursos. Nesse sentido, tanto a pessoa quanto o ambiente contribuem para o processo.

É possível considerar que, para as interlocuras desta pesquisa, a família extensa, especialmente outras mulheres (avó, tia, irmã, madrastra), desempenharam papéis importantes em apoio às mães. Observa-se a centralidade da figura da mulher na vida das participantes, reafirmando o quanto a maternidade é uma ocupação que se transmite de geração em geração,

havendo uma certa aceitação de que essa atividade é inerente às mulheres, de forma que se apoiam nesse processo.

Em segundo lugar, maridos ou companheiros, principalmente ao oferecer o leite com auxílio da mamadeira ou ficarem por um período com o bebê, permitiam às mulheres desempenharem outras ocupações, como a de autocuidado. Outro ponto percebido neste estudo, foi o senso de agradecimento das participantes pela ajuda do marido/companheiro.

Percebe-se que, após a alta, o ambiente domiciliar permitiu um sentimento de ressignificação pessoal de acordo com as experiências vivenciadas anteriormente e tornou-se um local propício para a estruturação da rotina das participantes. O período de um mês em domicílio gerou às mães uma mudança na percepção de competência ocupacional e um novo senso de identidade ocupacional materna.

### **5.3 Implicações para a prática do terapeuta ocupacional**

Retomando a definição de Terapia Ocupacional da WFOT (2013), que a considera profissão atuante da área da saúde, centrada no paciente e que tem como propósito promover saúde e bem-estar por meio da ocupação. Segundo o autor, o objetivo principal da área é permitir que as pessoas participem das atividades de vida cotidiana e foca na capacidade de se envolver em ocupações que elas querem, precisam ou devem fazer, ou modificando a ocupação ou o ambiente a fim de melhorar e de apoiar seu engajamento ocupacional.

O terapeuta ocupacional pode fazer parte da unidade neonatal e compõe a equipe multidisciplinar de saúde, sendo um profissional capacitado ao atendimento específico dessa população, em conjunto com a assistência integral às mães, ao recém-nascido e aos familiares.

Na UTIN, as mães, pais e/ou outros cuidadores encontram limites para desempenhar seu papel ocupacional. Nesse sentido, envolvê-los no cuidado do filho favorece a construção desse papel e pode ser intermediada pelo TO (DITZ; ROCHA, 2018). Para Dittz e Rocha (2018), o terapeuta ocupacional tem como foco o envolvimento das pessoas em ocupações consideradas significativas para elas. No contexto de prematuridade do filho, torna-se premente que as ocupações de mães, pais e filhos sejam objeto de atenção. Assim, a mãe terá mais recursos para diminuir sua culpa e sua angústia frente ao que, muitas vezes, supõe ser uma incapacidade de cuidar do próprio filho.

Ainda, o TO auxilia a mãe a sentir-se tranquila e segura durante a internação do filho, favorecendo o estabelecimento do vínculo em situação de prematuridade e ofertando orientações referentes aos cuidados com o bebê que as deixem seguras durante a

hospitalização e após a alta (DITZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

A aplicação e o uso do MOH podem orientar a avaliação e a intervenção neonatal, permitindo aos Terapeutas Ocupacionais abordarem, de maneira consistente, as influências que interferem no desempenho ocupacional de uma pessoa. Considera-se, assim, os aspectos pessoais (volição, causação pessoal e interesses), a habituação, a capacidade de desempenho e o contexto ambiental ao qual encontra-se inserida.

Vale ressaltar que, durante a internação do filho pré-termo, geralmente o bebê fica distante ou até privado de aspectos responsáveis por seu desenvolvimento: o útero materno, o vínculo afetivo com os pais e o meio familiar. Assim, sempre que possível, a presença das mães em unidade neonatal é essencial para o auxílio no desenvolvimento de um bebê pré-termo. Desta forma, os TO auxiliam as mães a se sentirem confiantes na habilidade de cuidar dos filhos, o que envolve o reconhecimento de seus valores e seus interesses que circundam o papel de mãe (PRICE; MINER, 2008).

A partir da relação entre atividades significativas, saúde e bem-estar, os estudos de Landsem et al. (2015) e de Dür et al. (2018) apontam como um importante objetivo do terapeuta ocupacional nas unidades de cuidados neonatais apoiar o envolvimento das mães em atividades significativas para as mesmas, além daquelas relacionadas ao bebê. Considerando o MOH, observa-se que a Terapia Ocupacional atua auxiliando as mães na percepção das ocupações que realizam e que o desempenho ocupacional volta-se ao bem-estar do filho, da própria mãe e da família, e que, mesmo em um ambiente de internação, o profissional pode disponibilizar momentos em que as mães possam se engajar em ocupações relacionadas à identidade materna.

Para mães de bebês pré-termos, é difícil assimilar que o bebê que acabou de nascer necessita de condições especiais para se desenvolver. Nesse sentido, a interferência do terapeuta ocupacional é precisa, pois focaliza a atuação na melhora da qualidade de vida e na intervenção das limitações presentes no desempenho de ocupações cotidianas, sejam essas de caráter físico, mental ou social. Assim, na assistência aos bebês pré-termos e às suas mães, o profissional busca promover a inserção materna aos cuidados do bebê, garantindo sua autonomia e sua independência (FRAGA; DITZ; MACHADO, 2019).

Pesquisa de Peruzzolo et al. (2014) identificou a importância do terapeuta ocupacional em um Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTIN de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil. O trabalho ressaltou as contribuições dos TO, ressaltando que o profissional agrega à equipe ao reunir informações amplas acerca do cotidiano familiar e do dia a dia na criação do filho. Também auxiliam as mães a descobrirem

um potencial de maternagem que talvez ainda não conhecessem por conta da internação do bebê na UTIN.

Não importa o tempo para que as mães se adaptem ao nascimento de um bebê, deve haver compreensão, troca de informações, bem como a oferta de preparo emocional às mães. Desta forma, o TO pode contribuir para a elaboração, a organização e o empoderamento da mulher no desempenho do papel materno mediante orientações referentes ao comportamento do bebê, além de criar oportunidades que facilitem, que apoiem e que promovam o processo de participação no cuidado com o filho (FRAGA; DITZ; MACHADO, 2019).

As participantes registraram limitado envolvimento em atividades de lazer no período em que a pesquisa foi realizada. O período de hospitalização prolongado do filho implicou mudanças significativas na dinâmica familiar, dentre elas o abandono de funções e de outros papéis sociais. Destaca-se a abdicação de tarefas e a dedicação exclusiva com o bebê, em que as mães enfrentaram dificuldades em cuidar de si mesmas e de desfrutar de momentos de lazer devido à sobrecarga de obrigações com um bebê pré-termo (DITZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

Nesse sentido, o TO tem um papel fundamental no resgate da autoestima, do autocuidado e da socialização dessas mães – que anulam o próprio lazer em função dos filhos –, ofertando atividades de lazer, lúdicas e recreativas (DITZ; MELO; PINHEIRO, 2006). Uma das estratégias eficazes com as mães, durante a internação do bebê pré-termo, seria a intervenção com grupos com o intuito de oportunizar um espaço para acolhimento das dúvidas e das inseguranças. Os grupos de atividades são recursos utilizados pelos terapeutas ocupacionais com o propósito de apoiar as mães no enfrentamento do nascimento pré-termo por meio de demandas práticas apresentadas por elas mesmas, sanando as incertezas de como realizar determinado cuidado com o bebê, além das demandas subjetivas, como a vivência da rotina hospitalar (JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

Grupos coordenados por terapeutas ocupacionais proporcionam interação entre as mães e contribuem para a redução da ansiedade materna durante a internação do bebê pré-termo, pois oportunizam a troca de experiências e o alívio de tensão (CORREIA; ROCHA; DITZ, 2019).

O início da relação mãe-filho é fundamental, sendo essencial que haja apoio e orientações por parte da equipe no estabelecimento inicial desse vínculo. Estudo de Joaquim et al. (2018) apontou que mães vivenciam interações limitadas com seus filhos pré-termos devido à separação física imposta após o nascimento, à falta de oportunidades de contato com o bebê durante a internação e ao acolhimento profissional incipiente. O contexto torna-se um

desafio para a identidade materna, sendo necessária a possibilidade de engajar-se nas ocupações da maternidade para ressignificar o ser mãe e adquirir confiança (PRICE; MINER, 2008).

TOs devem assumir o enfoque da mudança, a formação da identidade ocupacional desse processo por meio dos padrões do fazer da pessoa. O raciocínio terapêutico deve focalizar nas necessidades particulares de cada indivíduo ou grupo social, avaliando e reavaliando as realizações e as estratégias em conjunto com as pessoas. A TO apresenta um rol importante para ajudar as pessoas a reconstruírem e a viverem suas narrativas ocupacionais. Desta forma, o processo de intervenção, utilizando o MOH, procura maximizar a participação em situações relevantes de vida e facilitar o descobrimento de novas maneiras de pensar, sentir e atuar (HERAS de PABLO, 2015).

Neste estudo, foi possível considerar que a internação de um bebê pré-termo impactou significativamente o fazer das mães, interferindo na participação ocupacional das participantes. O MOH propõe promover a participação ocupacional oportunizando novos fazeres com sentido próprio e significativo, identificando valores e interesses, além do cuidado com o bebê e das novas responsabilidades como mães que permite sustentar uma identidade ocupacional materna.

O TO é um profissional habilitado para acompanhar as pessoas no desempenho das atividades diárias, de acordo com as necessidades apresentadas. O MOH, por sua vez, pode agregar nessa atuação, considerando que procura compreender a capacidade de desempenho e de volição com o intuito de facilitar o desempenho ocupacional da pessoa, pois procura resgatar a individualidade e as potencialidades de cada uma (HERAS de PABLO, 2015).

Para Heras de Pablo (2011), o MOH permite um processo de facilitação do desenvolvimento ou de reafirmação da participação ocupacional significativa e única de uma pessoa ou população com o objetivo de incrementar sua experiência de sentido, de bem-estar e de qualidade de vida.

Por fim, ressalta-se a necessidade de profissionais da Terapia Ocupacional, em Unidades Neonatais, auxiliando mães e seus bebês nas mudanças psicossociais, físicas, afetivas, cognitivas e espirituais inerentes à complexa ocupação da maternidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão possibilitou compreender a maternidade a partir do conceito de ocupação, buscou identificar ocupações significativas e satisfatórias na perspectivas das mães interlocuras relacionadas ao cuidado e à interação com o filho como uma forma de ressonância ao papel materno e, por conseguinte, à identidade ocupacional de mãe. Além disso, o estudo permitiu o avanço do conhecimento sobre o assunto, pouco abordado do ponto de vista da Terapia Ocupacional, além da compreensão dos desafios ocupacionais vivenciados pelas mães de bebês pré-termos.

Os resultados deste estudo responderam às questões levantadas relacionadas à construção da identidade ocupacional materna, apresentando as atividades realizadas pelas mães de bebês pré-termos nos momentos considerados importantes para o cuidado e para a vinculação entre mãe e filho na internação hospitalar, na primeira semana após a alta e um mês após a alta, já em domicílio, isto é, nos momentos iniciais de vida dessa díade.

Ao identificar particularmente as atividades maternas consideradas significativas e satisfatórias para elas, é possível conhecer aquelas que consideravam mais importantes e as que sentiam mais prazer em realizar antes e após a alta hospitalar do filho, permitindo reconhecer essas variáveis no engajamento ocupacional materno nesse contexto.

Algumas das atividades sofreram uma transição na autopercepção de ocupações significativas e satisfatórias, por exemplo, aquelas que as participantes escolhiam fazer. As ocupações realizadas para desempenhar a maternidade passaram a fazer parte de suas rotinas e se tornaram intensamente significativas.

O estudo identificou que, após a alta do filho, a maior parte do tempo das mães, nos dias da semana e no dia do final de semana (sábado) foi dedicada às atividades de cuidado com o filho pré-termo e, se fosse o caso, com os filhos antecedentes, além do cuidado com a casa. Os resultados ainda apontaram que as participantes consideravam as atividades do seu cotidiano, principalmente quando o bebê permaneceu internado, como altamente significativas e satisfatórias. Após a internação do filho, notou-se pouca participação em atividades de lazer.

De acordo com a literatura revisada, notou-se que os dados pesquisados e os produzidos foram coerentes, pois apresentam mulheres impactadas em seu papel de mãe durante a internação do bebê. Um mês após a alta, muitas interlocutoras estavam se adaptando às demandas e aos cuidados direcionados ao filho pré-termo, protegendo-o contra possíveis infecções, administrando as medicações/vitaminas e vigiando-o enquanto dorme, ainda

bastante influenciadas pela condição da prematuridade, portanto.

A Entrevista Semiestruturada permitiu um momento de escuta e de acolhimento às mães participantes nessa vivência tão complexa e delicada, em que, face à diversidade de experiências compartilhadas, foi valorizada a singularidade de cada uma. É importante considerar que o acompanhamento diário da pesquisadora na UCIN pode ter ajudado as participantes a compartilharem suas percepções, trazendo um aspecto único ao presente estudo. Também o Diário de Ocupações foi um instrumento eficaz para a coleta de dados. Ainda que o preenchimento do registro de atividades para o Diário possa ter sido considerado uma tarefa tediosa, todas as participantes conseguiram preenchê-lo como acordado. No entanto, as interlocutoras podem ter realizado mais atividades além daquelas registradas.

O MOH, referencial teórico mobilizado para este estudo, possibilitou, a partir dos resultados, identificar definições importantes do modelo, ou seja, os componentes que contribuem para a construção da identidade ocupacional materna. Porém, afirma-se a necessidade de mais reflexões sobre o tema na perspectiva do MOH.

Como limitações desta pesquisa, considera-se o número reduzido de mães participantes, bem como o fato de serem mães de uma única instituição localizada no interior do estado de São Paulo. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de novos estudos com maior número de participantes e com populações de outras classes sociais, tal como de outras instituições assistenciais a fim de verificar diferenças ocupacionais existentes e possibilitar, assim, maior generalização dos resultados. Ainda, destaca-se que, de acordo com as exigências do local do estudo, a pesquisa foi realizada com mães de faixa etária superior a 18 anos, não sendo possível conhecer a realidade vivenciada por mães adolescentes.

Também deve ser observada a limitação existente entre as mães interlocutoras, uma vez que houve variabilidade no número de semanas em que os bebês permaneceram na UTIN antes da realização dessa pesquisa na UCIN. No entanto, os relatos foram transversais entre as participantes, indicando que a percepção da vivência em UTIN e do processo de construção da identidade materna foi semelhante, sendo possível considerar que a experiência da maternidade não estava relacionada unicamente ao período de internação anterior à UCIN.

Embora este estudo tenha apresentado limitações, os resultados fornecem uma exploração das ocupações de mães de bebês pré-termos a partir das perspectivas da própria participante na construção da sua identidade como mãe. Um achado importante é a maneira como essas mães relataram as ocupações realizadas e, apesar da experiência impactante do nascimento pré-termo, descreveram uma identidade satisfatória e significativa como mães ao longo da pesquisa.

Considerando que a situação de bebês pré-termos admitidos em UTIN após o nascimento apresenta alto risco de interrupção no engajamento ocupacional das mães, o que interfere na construção da identidade, os resultados aqui apresentados podem ser importantes ferramentas para a Terapia Ocupacional. A pesquisa poderá orientar o profissional da área a fornecer apoio e estratégias que visem a participação de mães de bebês pré-termos em ocupações significativas e satisfatórias e que favoreçam a construção do papel materno, ainda que em condições adversas de nascimento e de primeiros dias de vida do bebê. Terapeutas ocupacionais se mostram atentos às demandas ocupacionais resultantes das implicações passíveis de serem vivenciadas em contexto hospitalar. Muitas vezes, as intervenções desse profissional buscam despertar a volição ausente nas pessoas.

Pesquisas futuras devem ser realizadas para a ampliação da produção científica quanto às questões da maternidade de bebês pré-termos e para averiguar as possíveis mudanças nas ocupações desempenhadas por essas mães. Estudos com essa população somam o conhecimento na área, considerando que o contexto de prematuridade pode comprometer a transição para o desempenho competente da construção da identidade como mãe.

## REFERÊNCIAS

- AAGAARD, H. et al. Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 13, n. 10, p. 123-131, 2015.
- AMMANITI, M. et al. Representations and narratives during pregnancy. **Infant Mental Health Journal**, v. 13, n. 2, p. 167-182, 1992.
- ANJOS, L. S et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 24, p. 571-577, 2012.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.
- ARZANI, A. et al. Mothers' Strategies in Handling the Prematurely Born Infant: a Qualitative Study. **Journal of Caring Sciences**, v. 4, n. 1, p. 13-24, 2015.
- ASHBY, S.; CHANDLER, B. An exploratory study of the occupation-focused models included in occupational therapy professional education programmes. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 12, p. 616-624, 2010.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA). CAVALCANTI, A.; DUTRA, F. C. M. S.; ELUI, M. C. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo – 3. ed. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 26, p. 57-147, 2015.
- AVILÈS, C. Terapia Ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 10, p. 9-20, 2010.
- AVRECH BAR, M.; LABOCK-GAL, D.; JARUS, T. Occupational performance, social support and life satisfaction in single mothers compared with married mothers. **The Israeli Journal of Occupational Therapy**, v. 20, 195-218, 2011.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BAKER, B.; McGRATH, J. Maternal-infant synchrony: and integrated review of the literature. **Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing**, v. 14, n. 3, p. 2-13, 2011.
- BARKIN, J. L.; WISNER, K. L. The role of maternal self-care in new motherhood. **Midwifery**, v. 29, n. 9, p. 1050-1055, 2013.
- BAUM, N. et al. No longer pregnant, not yet a mother: giving birth prematurely to a very-low-birth-weight baby. **Qual Health Res**, v. 22, n. 5, p. 595-606, 2012.
- BLACK, B. P.; HOLDITCH-DAVIS, D.; MILES, M.S. Life course theory as a framework to examine becoming a mother of a medically fragile preterm infant. **Research in Nursing & Health**, v. 32, p. 38-49, 2009.

BOTÊLHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.

BRAVEMAN, B.; FISHER, G.; SUAREZ-BALCAZAR, Y. "Achieving the Ordinary Things": A Tribute to Gary Kielhofner. **Am. Jour. Occup. Ther.**, v. 64, p. 828-831, 2010.

CARMO, R; F; CORRÊA, V.A.C. Com a palavra as mães: uma compreensão da forma e do significado da ocupação de cuidar de recém-nascidos pré-termos no método canguru. **REFACS [Internet]**, v. 6, n. 1, p. 15-25, 2018.

CARTAXO, L. S. et al. Mothers' experience in neonatal intensive care unit. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 4, p. 551-557, 2014.

CHRISTIANSEN, C. H. Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 53, n. 6, p. 547-558, 1999.

CHRISTIANSEN, C.; TOWNSEND, E. **Introduction to Occupation: The Art and Science of Living**. New Jersey: Pearson Education, 2010.

CHRISTIANSEN, C. Occupation and identity: becoming who we are through what we do. In: CHRISTIANSEN, C.; TOWNSEND, E. **Introduction to occupation: the art and science of living**. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc, 2004, p. 121-139.

COLE, M. B.; TUFANO, R. **Applied theories in occupational therapy: A practical approach**. Thorofare, NJ: SLAC, 2008.

CORREIA, L. A.; ROCHA, L. L. B. R.; DITZ, E. S. Contribuições do grupo de terapia ocupacional no nível de ansiedade das mães com recém-nascidos prematuros internados nas unidades de terapia intensiva neonatal. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 574-583, 2019.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 15-20.

CRESWELL, J. W.; PLANO-CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRUZ, D. M. C. Os modelos de Terapia Ocupacional e as possibilidades para prática e pesquisa no Brasil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 504-518, 2018.

CRUZ, D. M. C. **Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo**. São Carlos, 2012. 230 p. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Departamento de Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

DASHEVSKY, A. An exploration of perceived maternal competence in mothers of healthy infants and in mothers of infants hospitalized at birth. **Massachusetts school of professional psychology**, 2012.

DAVIS, J; POLATAJKO, H.. **Introduction to occupation: The art and science of living. Occupational development**. In CHRISTIANSEN, C. H.; TOWNSEND, E. A. Introduction to occupation: The art and science of living. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2010, p. 135-174.

DE LAS HERAS DE PABLO, C. G. de las. Promotion of occupational participation: integration of the model of human occupation in practice. **The Israeli Journal of Occupational Therapy**, v. 20, n. 3, p. 67-88, 2011.

Del FABBRO, A.; CAIN, K. Health infant mental and family mental issues. **Newborn Infant Nurs. Rev.**, v. 16, p. 281-284, 2016.

DICKIE, V. O que é ocupação? In: CREPEAU, E. B.; COHN, E.S., SCHELL, B.A.B. **Terapia ocupacional**. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 15-21.

DITZ, E. S.; MELO, D. C. C.; PINHEIRO, Z. M. M. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 42-47, p. 2006.

DITZ, E. S.; ROCHA, L. L. B. Terapia Ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. In: DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. (Org.). **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Editora Payá, 2018, p. 311-328.

DOYLE, C. S. When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. **Nursing for Women's Health**, p. 465-469, 2011.

DUNBAR, S. B.; ROBERTS, E. R. An exploration of mothers' perceptions regarding mothering occupations and experiences. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 20, n. 2, p. 51-23, 2006.

DÜR, M. et al. Clinical relevance of activities meaningful to parentes of preterm infants with very low birth weight: a focus group study. **PLoS ONE**, v. 13, n. 8, p. 1-12, 2018.

ESDAILE, S. A.; FARRELL, E. A.; OLSON, J. A. **Anticipating occupations of mothering and the development of agency**. In: ESDAILE, S. A.; OLSON, J. A. Mothering occupations: challenge, agency, and participation. Philadelphia: F.A. Davis, 2004. p. 3-27.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Craving closeness: a grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. **Women and Birth**, v. 21, n.2, p. 71-85, 2008.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 15, n. 2, p. 49-64, 2001.

FONSECA, E. L.; MARCON, S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 11-17, 2011.

FORCADA-GUEX, M. F. et al. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. **Early Human Development**, v. 87, p. 21-26, 2011.

FRAGA, E.; DITZ, E. S.; MACHADO, L. G. A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional (UFSCar)**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 92-104, 2019.

FRANCIS-CONNOLLY, E. Toward an understanding of mothering: a comparison of two motherhood stages. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 54, n. 3, p. 281-289, 2000.

FRANCK, L. et al. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. **J. Adv. Nurs.**, v. 49, n.6, p. 608-615, 2005.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 514-521, 2012.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013.

FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.

GIBBS, D. **Occupational adaptation of parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit: an interpretive descriptive study**. 2011. 365 f. Doutorado (Doctor of Philosophy) – University of South Australia, Austrália, 2011.

GIBBS, D.; BOSHOFF, K.; LANE, A. Understanding parenting occupations in neonatal intensive care: application of the person-environment-occupation model. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 2, p. 55-63, 2010.

GIBBS, D.; BOSHOFF, K.; STANLEY, M. Becoming the parent of a preterm infant: A meta-ethnographic synthesis. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 78, n.8, p. 475-487, 2015.

GIBBS, D.; BOSHOFF, K.; STANLEY, M. The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: a preliminary perspective. **Can J Occup Ther**, v. 83, n. 2, p. 91-102, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GROSIK, C. et al. Identification of internal and external stressors in parents of newborn in intensive care. **The Permanent Journal**, v. 17, n. 3, p. 36-41, 2013.

HAGEDORN, R. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional**. São Paulo. Dynamis editorial, 1999.

HAGEN, I. H.; IVERSEN, V. C.; SVINDSETH, M. F. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. **BMC Pediatrics**, v. 16, p. 1-9, 2016.

HALL, E.; BRINCHMANN, B. S.; AAGAARD, H. The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing, **Nurs. Ethics.**, v. 19, n. 1, p. 80-90, 2012.

HARRIS, R. et al. Maternal mental health during the neonatal period: relationships to the occupation of parenting. **Early Human Development**, v. 120, p. 31-39, 2018.

HEYDARPOUR, S.; KESHAVARZ, Z.; BAKHTIARI, M. Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. **J. Adv. Nurs.**, v. 73, n. 1, p. 138-148, 2017.

HODGETTS, S. et al. The impact of autism services on mothers' occupational balance and participation. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 34, n. 2, p. 81-92, 2014.

HORNE, J.; CORR, S.; EARLE, S. Becoming a mother: a study exploring occupational change in first-time motherhood. **Journal of Occupational Science**, v. 12, n. 3, p. 176-183, 2005.

HUGILL, K. et al. Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 42, n. 6, p. 655-663, 2013.

IONIO, C. et al. Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. **European Journal of Psychology**, v. 12, n. 4, p. 604-621, 2016.

JOAQUIM, R. H. V. T. et al. Interações entre mães e bebês prematuros: enfoque nas necessidades essenciais. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 580-589, 2018.

JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 145-150, 2014.

KIELHOFNER, G. (1980a). A model of human occupation, part 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, p. 657-663, 1980.

\_\_\_\_\_. (1980b). A model of human occupation, part 3. Benign and vicious cycles. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, p. 731-737, 1980.

\_\_\_\_\_. **Model of Human Occupation: theory and application**. 4. Ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008, 565 p.

KIELHOFNER, G., BURKE, J. A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, p. 572-581, 1980.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J.; IGI, C. A model of human occupation, part 4. Assessment and intervention. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, p. 777-788, 1980.

KLOSSOSWSKI, D. G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

KORJA, R. et al. Attachment representations in mothers of preterm infants. **Infant Behavior & Development**, v. 32, p. 305-311, 2009.

LANDSEM I. P. et al. Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents; a randomized clinical trial. **Health and quality of life outcomes**, v. 13, p. 25, 2015.

LARA, K. L.; KIND, L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 575-585, 2014.

LARSON, E. A. Mothering: letting go of the past ideal and valuing the real. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 54, p. 249-251, 2000.

LASIUK, G.C.; COMEAU, T.; NEWBURN-COOK, C. Unexpected: An interpretative description of parental traumas associated with preterm birth. **BMC Pregnancy & Childbirth**, 13 (Suppl. 1), p. 1-10, 2013.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LAW, M. Participation in the occupations of everyday life. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, p. 640-649, 2002.

LUDWIG, F. M. **Occupation-based and occupation-centered perspectives**. In WALKER, K. F.; LUDWIG, F.M. Perspectives on theory for the practice of occupational therapy (3 ed.). Austin, TX: Pro-Ed Inc, 2004.

LUPTON, D.; FENWICK, J. They've forgotten that I'm the mum: constructing and practicing motherhood in special care nurseries. **Soc Sci Med**, v. 53, n. 8, p. 1011-1021, 2001.

MARTINS, S. **Gravidez nas adolescências: construções das identidades ocupacionais maternas durante a gestação**. 2017. 172 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

MATSUO, C. M. **Terapia Ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo**. São Paulo, 2016. 213 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Ciências da Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2010.

MELO, R. A. et al. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade intensiva neonatal. **Id on Line Rev Multidisc Psic**, v. 10, n. 32, p. 88-103, 2016.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. A voz da mulher-mãe de prematuro na unidade neonatal: uma abordagem fenomenológica. **OBJN - Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 198-206, 2014.

MILES, M. S.; HOLDITCH-DAVIS, D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. **Semin. Perinatol.**, v. 21, n. 3, p. 254-266, 1997.

MIRA, A. O.; BASTÍAS, R. L. Terapia ocupacional neonatal, una propuesta para la acción. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 6, p. 1-14, 2006.

MINAYO, M.C.C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISUND, A. R.; NERDRUM, P.; DISETH, T. H.; Mental health in women experiencing preterm birth. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, p. 1-8, 2014.

MONTIROSSO, R. et al. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: a cross sectional observational study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 994-1002, 2014.

MOK, E.; LEUNG, S. F. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. **J Clin Nurs**, v. 15, n. 6, p. 726-734, 2006.

MOREIRA, L. P.; NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade (s) contemporânea (s). **Estudos Feministas**, v. 17, n. 2, p. 569-594, 2009.

NCUBE, R. K.; BARLOW, H.; MAYERS, P. M. A life uncertain – My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. **Curationis**, v. 39, n. 1, p. 1-9, 2016.

OBEIDAT, H. M.; BOND, E. A.; CALLISTER, L. C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. **The Journal of Perinatal Education**, v. 18, n. 3, p. 23-29, 2009.

OLSON, J. A. Mothering co-occupations in caring for infants and young children. In: ESDAILE, S.A; OLSON, J. A. **Mothering Occupations: Challenge, Agency and Participation**. Philadelphia: F.A. Davis, 2004, p. 28-51.

OZKAN, H.; POLAT, S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. **Asian Nursign Research**, v. 5, n. 2, p. 108-117, 2011.

PARSONS, L.; STANLEY, M. The lived experience of occupational adaptation following acquired brain injury for people living in a rural area. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 55, n. 4, p. 231-238, 2008.

PEREIRA, M.; CANAVARRO, M. C. Influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo HIV e grávidas sem condição médica associada. **Análise Psicológica**, v. 3, p. 425-438, 2011.

PERUZZOLO, D. L. et al. Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PISONI, C. et al. The development of parents-infant relationship in high-risk pregnancies and preterm birth. **Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine**, v. 3, n. 2, p. 1-7, 2014.

POLATAJKO, H. J. Occupation: What's in a word, anyway? **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 27, n. 3, p. 82-83, 2007.

PRICE, M.; MINER, S. "Mother becoming: Learning to read Mikala's signs". **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, p. 1-10, 2008.

PROVENZI, L. et al. A comparison of maternal and paternal experiences of becoming parents of a very preterm infant. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG**, v. 45, n. 4, p. 528-541, 2016.

PROVENZI, L.; SANTORO, E. The lived experience of fathers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, p. 13-14, 2015.

REID, T. Maternal identity in preterm birth. **Journal of Child Health Care**, v. 4, n. 1, p. 23-29, 2000.

ROSSMAN, B.; GREENE, M. M.; MEIER, P. P. The role of peer support in the development of maternal identity for "NICU Moms". **JOGNN**, v. 44, n. 3-16, 2015.

RUSSELL, G. et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. **BMC Pediatrics**, v. 14, p. 1-10, 2014.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

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

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: mar. 2017.

SOUSA, D. S. Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n.1, p. 149-157, 2017.

SPINELLI, M. et al. "I still have difficulties feeling like a mother": the transition to motherhood of preterm infants mothers. **Journal Psychology & Health**, v. 31, n. 2, p. 184-204, 2016.

STEFANA, A.; LAVELLI, M. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. **BMJ Open**, v. 7, n. 2, p. 1-8, 2017.

STERN, D. N.; BRUSCHWEILER-STERN, N; FREELAND, A. **The birth of a mother: how the motherhood experience changes you forever**. New York: Basic Books, 1998.

STRONG, S. et al. Application of the Person-Environment-Occupation Model: a practical tool. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 66, n. 3, p. 122-33, 1999.

SUTTORA, C.; SPINELLI, M.; MONZANI, D. From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. **European Journal of Developmental Psychology**, v. 11, n. 4, p. 478-493, 2014.

TABILE, P. M. Et al. Características dos partos pré-termos em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 60, n. 3, p. 168-172, 2016.

TALMI, A.; HARMON, R. J. Relationships between preterm infants and their parents: Disruption and development. **ZERO to THREE**, v. 24, n. 2, p. 13-20, 2003.

TAYLOR, L. S. Maternal experiences of preterm birth. **Infant**, v. 12, n. 2, p. 57-61, 2016.

TAYLOR, R. R.; KIELHOFNER, G. **Introduction to the Model of Human Occupation**. In: Kielhofner's Model of Human Occupation: theory and application. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2017, p. 21-32.

TORAL-LÓPEZ, I. T. et al. Needs perceived by parents of preterm infants: integrating care into the early discharge process. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, p. 99-108, 2016.

TOWNSEND, E. A.; POLATAJKO, H.J. **Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation**. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE, 2007.

TREYVAUD, K. et al. Social-emotional difficulties in very preterm and term 2 year olds predict specific social-emotional problems at the age of 5 years. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 37, n. 7, p. 779-785, 2012.

TURPIN, M.; IWAMA, M. **Model of Human Occupation**. In: TURPIN, M.; IWAMA, M. Using Occupational Therapy Models in Practice: a field guide. London. Churchill Livingstone Elsevier, 2011, p. 137-157.

TURNER, M. et al. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. **Women and Birth**, v. 28, n.3, p. 252-258, 2015.

UNRUH, A. M. "So ...what do you do? Occupation and the construction of identity. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 5, p. 290-295, 2004.

VERGARA, E. et al. Specialized knowledge and skills for Occupational Therapy practice in the neonatal intensive care unit. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 60, n. 6, p. 641-648, 2006.

VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 38, n. 2, p. 1-8, 2017.

VRKLJAN, B.; POLGAR, J. M. Linking occupational participation and occupational identity: an exploratory study of the transition from driving to driving cessation in older adulthood. **Journal of Occupational Science**, v. 14, n. 1, p. 30-39, 2007.

ZABIELSKI, M. T. Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mothers. **Matern. Child. Nurs. J.**, v. 22, n. 1, p. 2-36, 1994.

ZAMANZAEH, V. et al. Anticipatory grief reactions in fathers of preterm infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. **Journal of Caring Sciences**, Iran, v. 2, n. 1, p. 83-88, 2013.

WHITTINGHAM, K. et al. Parenting and prematurity: Understanding parent experience and preferences for support. **Journal of Child & Family Studies**, v. 23, n. 6, p. 1050-1061, 2014.

WIDDING, U.; FAROOQI, A. "I thought he was ugly": mothers of extremely premature children narrate their experiences as troubled subjects. **Feminism & Psychology**, v. 26, n. 2, p. 153-169, 2016.

WILCOCK, A. A. **An occupational perspective of health**. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack, 2006.

WONG, S. R.; FISCHER, G; Comparing and using occupation-focused models. **Occupational Therapy Health Care**, v. 29, n. 3, p. 297-315, 2015.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT). **Definitions of occupational therapy**. 2013.

WUST, G. G.; VIERA, C. S. O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 311-318, 2011.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – Ficha de Identificação

#### Dados da mãe:

- Nome: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_
- Renda familiar: \_\_\_\_\_
- Número de filhos: \_\_\_\_\_
- Já teve outros filhos pré-termos? (se aplicável): \_\_\_\_\_
- Tipo de parto: ( ) cesárea ( ) normal
- A gravidez foi planejada? \_\_\_\_\_
- Foi internada durante a gestação? \_\_\_\_\_
- Intercorrências pré-natais ou pós-natais: \_\_\_\_\_
- Dias de internação anterior ao parto (se for o caso): \_\_\_\_\_
- Número de consultas do pré-natal: \_\_\_\_\_
- Teve contato com casos de prematuridade na família/amigos? \_\_\_\_\_
- Período (horas e dias) em que costuma permanecer na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal: \_\_\_\_\_

#### Dados do bebê:

- Data da internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): \_\_/\_\_/\_\_
- Motivo para internação em UTIN: \_\_\_\_\_
- Data da internação na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) ou berçário: \_\_/\_\_/\_\_
- Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_
- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_
- Peso ao nascimento: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_
- Tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): \_\_\_\_\_
- Data da alta hospitalar da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN): \_\_/\_\_/\_\_
- Intercorrências: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

1. Conte-me sobre este momento como mãe. Como está sendo a maternidade para você?
2. Das ocupações que você assinalou, quais você considera como mais importantes/significativas? Por quê?
3. Das ocupações que você assinalou, quais você considera como as mais satisfetórias/prazerosas? Por quê?
4. Existem outras ocupações que você gostaria de realizar, mas não o faz? Se sim, quais são as atividades e quais fatores a impedem de realizá-las nesse momento?
5. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

### APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezada participante,

Eu, Danusa Menegat, aluna de Doutorado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), orientanda da Profa. Dra. Regina Helena V. Torkomian Joaquim, estou convidando você para participar da pesquisa intitulada **Ocupações de mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar**.

O objetivo desta pesquisa é identificar as ocupações maternas de mães de bebês pré-termos. Você está sendo convidada porque tem idade igual ou superior a 18 anos, vivencia a maternidade de um bebê pré-termo que precisou de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Sua participação voluntária nesta pesquisa contribuirá para a obtenção de informações acerca das atividades realizadas por mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar, contribuindo para reflexões sobre o tempo dedicado, o significado e a satisfação atribuídos a essas atividades.

Sob o mesmo ponto de vista, você poderá agregar dados que facilitem discussões sobre as atividades maternas, colaborando na produção do conhecimento científico e na compreensão do Terapeuta Ocupacional nesse contexto para a implementação de ações que favoreçam o desempenho de ocupações maternas a fim de se adaptar aos contextos em que se insere, visando a construção da maternidade e também o desenvolvimento do bebê, além de contribuir para as ações ampliadas e para o cuidado integral dos serviços de atenção à saúde. Os benefícios esperados com essa pesquisa são favorecer reflexão das ocupações maternas antes e após a alta hospitalar do bebê pré-termo.

Sua participação é **voluntária** e a senhora não terá nenhum custo ou compensação financeira. A coleta de dados se dará com o deslocamento da pesquisadora para a instituição hospitalar e após a alta do filho, para o domicílio da participante ou, se preferir, para a consulta realizada na própria instituição hospitalar.

O risco de sua participação poderá aparecer em forma de desconforto ou de incômodo durante os seus relatos e descrição das atividades que você realiza em dois dias da semana consecutivos e o sábado, como dia específico do final de semana, do significado e da satisfação atribuídos às atividades que você considera como maternas. Assim, sua participação no presente estudo poderá ser interrompida a qualquer momento conforme seu desejo. Você terá direito à indenização caso ocorra dano decorrente da sua participação na

pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme orientação da resolução CNS 466/2012, Item IV.

Você será convidada para participar desta pesquisa a partir do egresso do filho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), com permanência de no mínimo 24 horas.

Caso você aceite participar do estudo, em um primeiro momento deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em seguida responderá uma Ficha de Identificação a respeito dos dados pessoais, a fim de caracterizar mãe e filho. Em um segundo momento, você será convidada a preencher um Diário de Ocupações, em que deverá dar início à transcrição das atividades realizadas, sendo dois dias da semana consecutivos e o sábado, como dia específico do final de semana, no total serão três dias de registro. Esse instrumento assemelha-se a uma agenda semanal, constituído por um quadro dividido em linhas e em intervalos de tempo de duas em duas horas. Para prosseguir com o preenchimento do Diário, você deverá deixá-lo na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, enquanto o bebê estiver internado. Após este momento, ao finalizar cada semana de registro do Diário de Ocupações, a pesquisadora irá ler as atividades transcritas junto a você participante, então você irá selecionar, com um “X”, aquelas em que considera atividades maternas.

O terceiro momento será constituído por uma entrevista de roteiro semiestruturado que irá contemplar três questões que visam captar o significado e a satisfação atribuídos às ocupações maternas.

Esses instrumentos serão utilizados durante o período de internação do bebê pré-termo em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, a partir do terceiro e do trigésimo dia após a alta hospitalar. O terceiro e trigésimo dia após a alta hospitalar serão agendados com você conforme sua disponibilidade.

A pesquisadora poderá conversar com você durante o período de internação do seu bebê na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em quaisquer dias da semana (de segunda-feira à sábado), conforme sua disponibilidade e sempre considerando a rotina da Unidade.

Antes de concordar com a sua participação, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora deverá responder quaisquer tipos de dúvidas antes que você decida participar ou quando julgar necessário. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, sem a hipótese de existência de qualquer tipo de penalidade, prejuízos e perda de benefícios aos quais tenha direito.

Seu nome será mantido em sigilo, garantindo a sua privacidade. A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento. Você poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos científicos.

A identificação da pesquisadora executante é a Terapeuta Ocupacional Danusa Menegat, que pode ser encontrada no Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, no endereço Rod. Washington Luís, km 235 – C.P.676 – CEP 13565-905 – São Carlos-SP, Tel./Fax: (16) 3351-9787. Caso você apresente alguma dúvida ou consideração sobre a condução ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Rodovia Washington Luiz SP, 310, km 235 – Fone: 3351-9683 – e-mail: cephumanos@ufscar.br

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Agradeço sua atenção!

Autorização:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo Ocupações de mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, e que esta decisão não levará a qualquer penalidade. Recebi uma cópia do termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante da pesquisa

Nome da cidade, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Pesquisadora  
Danusa Menegat

Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar  
Rod. Washington Luís, km 235 – C.P. 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP, Tel./Fax:  
(16) 3351-9787

**APÊNDICE IV – Diário de Ocupações****INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

Você será convidada a preencher o *Diário de Ocupações*, em que deverá recordar e anotar **TODAS** as atividades realizadas durante o dia, com informações sobre o local onde essa atividade é realizada, na companhia de quais pessoas, bem como outras informações pertinentes. O preenchimento será a cada duas horas, em dois dias da semana consecutivos e o sábado como dia do final de semana, no total serão três dias de preenchimento.

Uma atividade pode ser **qualquer coisa que você faça**, desde falar com alguém até cozinhar ou tomar banho.

Para prosseguir com o preenchimento do Diário, você deverá deixá-lo na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal/berçário, enquanto o bebê estiver internado.

Necessitamos que você mencione **TODAS** as atividades que realiza, **SEPARADAMENTE** umas das outras.

Obrigada por sua participação!

**DIÁRIO DE OCUPAÇÕES****Data do Preenchimento:****Dia da semana ou fim de semana:****Mãe Participante:****Contato (telefone):****Endereço residencial:**

<b>Horário</b>	
06:00	
08:00	
10:00	
12:00	
14:00	
16:00	

18:00	
20:00	
22:00	
00:00	
02:00	
04:00	

## APÊNDICE V - Glossário

Este glossário visa apresentar uma descrição sucinta de alguns dos termos utilizados no desenvolvimento desta tese.

### **B**

*Bolsa rota*: termo usado para a ruptura espontânea da bolsa amniótica.

### **C**

*Curetagem*: Procedimento cirúrgico que, com a ajuda de uma cureta, consiste no esvaziamento do que está dentro de uma cavidade neural ou patológica; raspagem.

### **E**

*Eclâmpsia*: considerada uma doença gestacional associada ao aumento da pressão arterial, podendo provocar a morte da mãe.

### **I**

*Incompetência istmocervical*: associada a uma dificuldade do colo do útero em permanecer fechado até o final da gestação.

### **M**

*Múltipara*: mulher que já teve mais de um filho.

### **P**

*Pré-elâmpsia*: faz parte das chamadas síndromes hipertensivas da gravidez e tem como principal característica uma resposta anormal à inserção do leito placentário que leva ao aumento da resistência vascular sistêmica, agregação placentária, ativação do sistema de coagulação e disfunção das células endoteliais.

*Primípara*: aquela que pare pela primeira vez; que tem o primeiro parto.

*Puérpera*: mulher que pariu recentemente, parturiente.

## ANEXOS

### ANEXO I – Carta de Anuência

A direção do setor/departamento de Enfermagem da NOME DA INSTITUIÇÃO, autoriza a realização do projeto de pesquisa “Ocupações de mães de bebês antes e após a alta hospitalar”, que será sob orientação da Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Estamos cientes que o projeto e os pesquisadores atendem plenamente o determinado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as diretrizes e normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

NOME DA CIDADE, DATA, MÊS, ANO

---

Diretor/Chefe do Departamento/Setor  
NOME DA INSTITUIÇÃO

---

Vice-Diretor Técnico

## ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OCUPAÇÕES E O USO DO TEMPO DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMOS ANTES E APÓS A ALTA HOSPITALAR

**Pesquisador:** Danusa Menegat

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 74765417.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Terapia Ocupacional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.457.585

#### Apresentação do Projeto:

No contexto de prematuridade, a maternidade inicia-se antes do tempo previsto. Os bebês que necessitam de um cuidado especial podem ser hospitalizados por longos períodos até receber alta, assim, a mãe desempenha ocupações a fim de se adaptar aos contextos em que se insere. O objetivo do estudo será identificar as ocupações maternas e o tempo dedicado a elas por mães de bebês pré-termos. Trata-se de um estudo transversal, exploratório com abordagem mista. A coleta de dados será realizada em três fases: no período de internação, no terceiro e no trigésimo dia após a alta hospitalar. Serão utilizados os instrumentos: Ficha de Identificação, Entrevista Semiestruturada e Diário de Atividades. Os dados da entrevista serão analisados a partir da Análise Temática e os dados do instrumento Diário de Atividades, por meio de análises estatísticas. Esperase que esse estudo permita contribuir para a compreensão das ocupações maternas durante e após a alta hospitalar de recém-nascidos pré-termo que necessitam permanecer em berçário semi-intensivo após a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.457.585

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Identificar as ocupações maternas de mães de bebês pré-termos.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e perinatal da amostra;- Investigar as ocupações maternas no período de hospitalização em berçário semiintensivo e no pós-alta hospitalar;- Identificar o tempo dedicado, o grau de significado e o grau de satisfação atribuídos às ocupações maternas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco poderá aparecer em forma de desconforto ou incômodo durante os relatos e descrição das ocupações que realizadas pelas mães, o significado e a satisfação atribuídos, por isso o estudo poderá ser interrompida a qualquer momento conforme seu desejo.

Benefícios: identificar as ocupações de mães de bebês pré-termos antes e após a alta hospitalar e com isso, favorecer reflexão sobre as ocupações maternas nesses períodos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pertinente

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

Apresentados

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

Sem pendencias

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_871352.pdf	22/11/2017 20:43:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	05/10/2017 15:33:36	Danusa Menegat	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.docx	05/10/2017 15:33:23	Danusa Menegat	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.457.585

Justificativa de Ausência	tcle.docx	05/10/2017 15:33:23	Danusa Menegat	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	05/10/2017 15:33:05	Danusa Menegat	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto0.pdf	17/08/2017 11:46:27	Danusa Menegat	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/08/2017 11:45:36	Danusa Menegat	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.docx	17/08/2017 11:44:09	Danusa Menegat	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 28 de Dezembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



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

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:****Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	05/10/2017 15:33:36	Danusa Menegat	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	05/10/2017 15:33:23	Danusa Menegat	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto0.pdf	17/08/2017 11:46:27	Danusa Menegat	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 26 de Janeiro de 2018

---

**Assinado por:**  
**rodrigo bezerra de menezes reiff**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> R. Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573 <b>Bairro:</b> Vila Pureza <b>CEP:</b> 13.573-284 <b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO CARLOS <b>Telefone:</b> (16)3509-1307 <b>E-mail:</b> cep@santacasasaocarlos.com.br
---