

CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA

PARENTING BELIEFS AND PRACTICES REGARDING DOMICILIARY CARE OF PREMATURE INFANTS

CREENCIAS Y PRÁCTICAS PARENTALES EN EL CUIDADO DOMICILIARIO DEL NIÑO PREMATURO

Marisa Utzig Cossul¹
Aline Oliveira Silveira²
Tatiana Barcelos Pontes³
Gisele Martins⁴
Monika Wernet⁵
Caio Cesar de Oliveira Cabral¹

¹ Acadêmica(o) do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, DF – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor Adjunto II no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília – DF, Brasil.

³ Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor Adjunto na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília -UnB. Brasília, DF – Brasil.

⁴ Enfermeira. Pós-Doutora em Ciências da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Brasília, DF – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor Adjunto III no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Aline Oliveira Silveira. E-mail: alinesilveira@unb.br
Submetido em: 06/03/2015 Aprovado em: 30/10/2015

RESUMO

Objetivo: identificar as práticas e crenças parentais adotadas no cuidado à criança prematura no domicílio. **Métodos:** estudo observacional, de corte transversal realizado com 31 pais de crianças nascidas prematuras. Para a coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos: a ficha da família e a “escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC)”. A análise dos dados foi pautada na estatística descritiva e inferencial (coeficiente de correlação de Pearson). **Resultados:** identificou-se um modelo parental autônomo-relacional, caracterizado pela combinação do cuidado distal e proximal. Os principais padrões relacionais encontrados foram a superproteção, a dificuldade na realização do cuidado e na estimulação da criança. **Conclusões:** foram identificados estilos parentais importantes no contexto da prematuridade. Destacam-se a necessidade de acompanhamento sistematizado e intervenções promotoras da parentalidade positiva. Ressalta-se a necessidade de novos estudos em diferentes âmbitos para gerar conhecimentos que subsidiem políticas públicas com ênfase no seguimento domiciliar de prematuros e seus pais.

Palavras-chave: Prematuro; Relações Pai-Filho; Relações Mãe-Filho; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

The aim of the study was to identify parenting practices and beliefs regarding in-home care of premature infants. It is an observational, cross-sectional research carried out with 31 parents of premature babies. Data collection tools were: family records; and the “parental beliefs and care practices scale (E-CPPC)”. Data analysis was based on descriptive and inferential statistics (Pearson correlation coefficient). An autonomous-relational parenting style, characterized by a combination of distal and proximal care was identified. The main relational patterns found were overprotection, the difficulties of performing the care routine and child stimulation. Important parenting styles in that context were identified. The study highlights the need for systematic interventions that promote positive parenting abilities. New studies in different contexts are needed to generate knowledge that supports public policies focusing on domiciliary follow-up of premature infants and their parents.

Keywords Infant, Premature; Father-Child Relations; Mother-Child Relations; Maternal and Child Health.

RESUMEN

La propuesta de esta investigación es identificar las prácticas y creencias parentales adoptadas en el cuidado domiciliario de los niños prematuros. Se trata de un estudio observacional, de corte transversal realizado con 31 padres de niños prematuros. Para la recogida de datos fueron utilizados dos instrumentos: la ficha de la familia y la escala de creencias parentales y prácticas de cuidado (E-CPPC). El análisis de datos fue catalogado con estadística descriptiva e inferencial (coeficiente de correlación de Pearson). Fue identificado un modelo parental autónomo-relacional, caracterizado por la combinación del cuidado distal y proximal. Los principales patrones relacionales encontrados fueron sobreprotección, dificultad en ejercer los cuidados y estimulación del niño. Fueron identificados estilos de crianza importantes dentro del contexto de la prematuridad. Se destaca la necesidad de hacer un seguimiento sistematizado e intervenciones promotoras de la crianza positiva. Son necesarios nuevos estudios en diferentes contextos para generar conocimientos que fundamenten políticas públicas con énfasis en el seguimiento domiciliario de los niños prematuros y de sus padres.

Palabras clave: Prematuro; Relaciones Padre-Hijo; Relaciones Madre-Hijo; Salud Materno-Infantil.

INTRODUÇÃO

A prevalência de nascimentos pré-termo (antes das 37 semanas de gestação) manifesta crescente tendência em muitos países. De acordo com Relatório da Organização Mundial de Saúde, estima-se que ocorram, no mundo, anualmente, 15 milhões de nascimentos pré-termo, o que corresponde a mais de 10% do total de nascimentos. O Brasil é o 10º país com maior número absoluto de nascimentos pré-termo¹, com prevalência estimada de 9,2%.²

A vivência da prematuridade traz aos pais e suas famílias a quebra das boas expectativas que são construídas no início e no decorrer da gestação. A internação hospitalar é permeada de sofrimento. A alta hospitalar do prematuro é um momento muito esperado pelos pais, porém envolve o embate de sentimentos como alegria e medo.^{3,4} O prematuro está associado à figura de um recém-nascido frágil e pequeno, causando mais estresse e ansiedade que o usual em seus pais, os quais estão vivenciando uma parentalidade, de certa forma, conferida antes do tempo, com ausência de passagem por algumas fases do processo parental devido ao nascimento prematuro.^{5,6}

A parentalidade pode ser definida como o conjunto de atividades intencionadas a certificar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, num ambiente seguro, socializando a criança e atingindo o propósito de torná-la progressivamente mais autônoma.⁷ O processo parental é uma via de mão dupla, em que pais e filhos se auxiliam, envolvendo a ideia de mutualidade, permitindo à criança iniciar o processo de subjetivação e aos pais se apossarem de seu lugar de pais.^{7,8}

A prematuridade tem implicações na construção da parentalidade. Pode-se inferir que os estilos parentais desenvolvidos na interação dos pais com o prematuro podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança. Considerando a especificidade dessa experiência, o estudo objetivou identificar as práticas e crenças parentais adotadas no cuidado à criança prematura no domicílio.

MÉTODOS

Estudo observacional de abordagem quantitativa, de corte transversal. Utilizaram-se ficha da família e a escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC)⁹ para a coleta de dados.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Brasília-DF, no Ambulatório de Pediatria: Crescimento e Desenvolvimento do Hospital Universitário de Brasília. Esse serviço é referência para o seguimento do prematuro após a sua alta da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Os participantes do estudo foram mães de crianças prematuras egressas da UCIN, em acompanhamento ambulatorial e com idade inferior a dois anos. Quanto às mães, foram consideradas nos critérios de inclusão aquelas que, na ocasião do nascimento da criança, ti-

nham idade superior a 18 anos e residiam no mesmo domicílio da criança, participando de seu cuidado cotidiano. O critério de amostragem foi intencional, devido à ausência de estatísticas específicas para a prematuridade no serviço. A amostra final foi determinada com base no número geral de 71 internações na Unidade Neonatal no ano de 2013. Participaram do estudo 31 mães de crianças nascidas prematuras.

Foram respeitados todos os aspectos éticos.¹⁰ A concordância das mães participantes da pesquisa ocorreu mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o número de protocolo 563.031.

A primeira etapa da coleta de dados objetivou caracterizar as famílias participantes e consistiu no preenchimento do instrumento denominado ficha da família, que obtém as seguintes informações: a) caracterização do prematuro (idade gestacional e peso ao nascer, tempo de hospitalização na UCIN); b) caracterização da família (idade, escolaridade, função e problemas de saúde dos integrantes da família). Na segunda etapa objetivou-se identificar as crenças e o comportamento parental adotados no cuidado à criança prematura com a aplicação da escala "Crenças parentais e práticas de cuidado (CPPC)", instrumento teórico psicometricamente validado para a utilização em pesquisas que enfocam o cuidado das crianças na primeira infância.

A escala é composta de cinco itens para cada dimensão dos sistemas parentais, representando respostas da mãe diante de uma criança de até dois anos de idade. Assim, a escala CPPC constitui-se de 25 itens sobre atividades que os pais realizam exclusivamente com seu filho e que são fundamentais para o desenvolvimento do mesmo.⁹ Tais itens são respondidos duas vezes com focos diferentes. Na primeira vez (parte A), objetivando encontrar a frequência de determinados comportamentos, enquanto na segunda (parte B) procura-se compreender a importância que os pais acreditam que tais itens possuem para o desenvolvimento de seu filho.⁹ Podem ser identificados dois padrões de estilo, de acordo com a escala, distal e proximal. O distal focaliza a autonomia e separação, enquanto o proximal garante à criança uma relação interpessoal próxima e calorosa.⁹ Existe, ainda, a combinação dos dois estilos, sendo chamado de modelo autônomo-relacional, que valoriza aspectos da independência e interdependência.¹¹

A escala CPPC é composta de 25 itens distribuídos em cinco sistemas parentais, a saber: a) cuidados primários, que contém as práticas de "socorrer quando está chorando", "alimentar", "manter limpa", "cuidar para que durma e descanse" e "não deixar que passe frio ou calor"; b) contato corporal, que contém as práticas de "carregar no colo", "ter sempre por perto", "abraçar e beijar", "dormir junto na rede ou cama" e "tentar evi-

tar que se acidente (cuidados de segurança); c) estimulação corporal, que contém as práticas de “fazer cócegas”, “fazer massagem”, “deixar livre para correr, nadar, trepar”, “brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)” e “fazer atividades físicas”; d) estimulação por objetos, que contém as práticas de “dar brinquedos”, “jogar jogos”, “pendurar brinquedos no berço”, “ver livrinhos juntos” e “mostrar coisas interessantes”; e) contato face a face, que contém as práticas de “conversar”, “explicar coisas”, “ouvir o que tem a dizer”, “responder a perguntas” e “ficar frente a frente, olho no olho”. Os escores são classificados a partir de uma escala Likert, em que um é classificado como “nunca” e cinco como “sempre”.⁹

A aplicação da escala ocorreu por meio de entrevistas realizadas pelas autoras. Iniciou-se com o foco na frequência de determinados comportamentos (parte A), a partir da pergunta “com que frequência você realiza esta prática com seu filho(a)?”, seguida da leitura de item por item e espera pela escolha da resposta. Consecutivamente, foi realizada a pergunta “qual importância você atribui a essa prática no desenvolvimento do seu filho?”, com o objetivo de visualizar grau de importância que as mães acreditam que tais práticas possuem para o desenvolvimento de seu filho (parte B), procedendo-se à leitura de cada um dos itens e obtenção da resposta.

Para a análise dos dados utilizaram-se o método estatístico descritivo e inferencial e o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 21.0. Foram realizadas análises descritivas, correlação de Pearson e aplicação do teste T para dados pareados (adotado nível significância de 5%).

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 31 mães de 35 prematuros (cinco mães de gemelares). A média de idade das mães e pais foi, respectivamente, de 28,03 e 30,19 anos. Quanto à escolaridade dos pais: 22,58% para primeiro grau completo, 32,25% para segundo grau completo e 9,67% para superior completo. Em relação à escolaridade das mães, 12,90% tinham primeiro grau completo, 54,83% tinham segundo grau completo e 12,90% superior completo.

Nos dados referentes aos prematuros, foi obtida a classificação de pré-termo tardio (nascimento entre 32 e 36 semanas) em 83,87% e pré-termo extremo (idade gestacional entre 22 e 31 semanas e seis dias) em 16,12% das famílias entrevistadas. Em relação ao peso obtiveram-se as porcentagens de: 57,14% com baixo peso (1.500 e 2.499 gramas), 14,28% com muito baixo peso (1.000 e 1.499 gramas), 11,42% com extremo baixo peso (inferior a 1.000 g) e 20% com peso acima de 2.499 g. De todos os neonatos, 29% não ficaram internados na UCIN, enquanto 70,97% permaneceram internados por algum tempo. O tempo médio de hospitalização foi de 24,65 dias.

CRENÇAS PARENTAIS

A média geral das crenças parentais (parte B) está representada na Figura 1, sendo a maior média obtida pelo sistema parental cuidados primários, seguido de contato face a face e contato corporal. A menor média foi do sistema estimulação corporal.

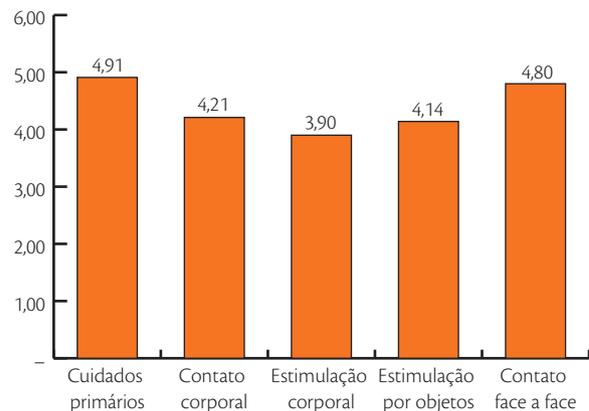


Figura 1 - Valores médios obtidos para as crenças parentais, por Sistema Parental.

No primeiro sistema parental, cuidados primários, a resposta “sempre” obteve a maior frequência em todas as práticas citadas. A maior média obtida foi de 4,968, referente aos itens “cuidar para que durma e descanse” e “não deixar que passe frio ou calor”, enquanto a menor foi de 4,774 para a prática de “socorrer quando está chorando”.

No sistema parental contato corporal a prática que obteve maior média foi “tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança)”, com o valor de 5,161, enquanto a menor média foi de 2,935 para o item “dormir junto na rede ou cama”.

No sistema parental estimulação corporal, o valor que corresponde à maior média foi 4,387 (itens “fazer massagem” e “deixar livre para correr, nadar, trepar”) e a menor foi 3,323 (item “brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)”).

No sistema estimulação por objetos, o quarto sistema parental, o item “jogar jogos” foi o que apresentou a menor média, com o valor de 3,710, enquanto “mostrar coisas interessantes” obteve a média mais alta, 4,710.

Em relação ao último sistema parental, contato face a face, o item que apresentou maior número de respostas “sempre” foi “conversar”, obtendo a porcentagem de 96,8% e a média de 4,903. O item “responder a perguntas” apresentou a menor média do sistema, 4,710.

PRÁTICAS PARENTAIS

A Figura 2 demonstra as médias gerais obtidas na análise das práticas parentais. O sistema cuidados primários relatou a maior média, seguido de contato face a face e contato cor-

poral. A menor média foi representada pelo sistema estimulação corporal.

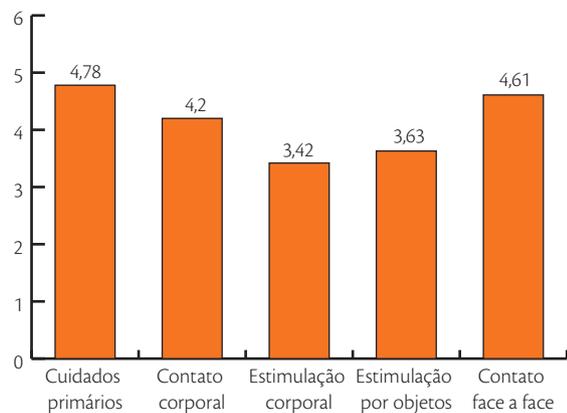


Figura 2 - Valores médios obtidos para as práticas parentais, por Sistema Parental.

No sistema cuidados primários o item “socorrer quando está chorando” alcançou a menor média, com o valor de 4,516. O item “cuidar para que durma e descanse” apresentou 74,2% de respostas “sempre”, sendo a menor porcentagem do sistema “cuidados primários”. As práticas de “socorrer quando está chorando”, “alimentar”, “manter limpa”, “não deixar que passe frio ou calor” exibiram, respectivamente, os seguintes valores: 80,6, 93,5, 93,5 e 83,9%.

No segundo sistema parental, contato corporal, a maior média obtida entre os itens foi da prática de “tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança)”, com o valor de 4,97 e 96,8% das respostas com a opção “sempre”. O item “dormir junto na rede ou cama” teve a menor média (2,945) e os valores de 38,7% para as respostas de opção “nunca”, 32,3% para opção “às vezes” e 19,4% para “sempre”.

Em “estimulação corporal”, a prática de “brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)” apresentou a menor média do sistema, 3,000. A maior média do sistema, 4,129, foi do item “deixar livre para correr, nadar, trepar”.

O sistema “estimulação por objetos” apresentou a prática “jogar jogos” com a menor média do sistema, com o valor de 3,000. “Dar brinquedos” foi o item com melhor média do sistema, com o valor de 4,548.

No quinto sistema parental “contato face a face”, o item “conversar” obteve a média mais alta, com 4,935. A menor média, 4,290, foi obtida na prática “responder a perguntas”.

CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS

O Quadro 1 representa as medidas resumo dos sistemas parentais divididos em parte A e parte B. O sistema cuidados primários foi o mais bem avaliado.

Tabela 1 - Medidas resumo dos sistemas parentais divididos práticas de cuidado (A) e crenças parentais (B)

| Sistemas Parentais | Média | Moda | Mediana |
|---------------------------|-------|------|---------|
| Cuidados primários A | 4,78 | 5 | 5 |
| Cuidados primários B | 4,91 | 5 | 5 |
| Contato corporal A | 4,20 | 5 | 5 |
| Contato corporal B | 4,21 | 5 | 5 |
| Estimulação corporal A | 3,42 | 5 | 4 |
| Estimulação corporal B | 3,90 | 5 | 4 |
| Estimulação por objetos A | 3,63 | 5 | 4 |
| Estimulação por objetos B | 4,14 | 5 | 5 |
| Contato face a face A | 4,61 | 5 | 5 |
| Contato face a face B | 4,80 | 5 | 5 |

Na análise das médias das crenças parentais (parte B) e práticas de cuidado (parte A), percebe-se que as médias referentes à parte B são sempre maiores que da parte A. Desse modo, a crença parental da importância das ações descritas é sempre maior que a frequência com que tais ações são realizadas. O sistema parental cuidados primários apresentou a melhor avaliação, seguido de contato face a face e contato corporal. Estimulação corporal obteve as menores médias. A maior diferença entre as médias das partes A e B dos sistemas foi obtida pelo sistema parental estimulação por objetos, cuja diferença foi de 0,51.

Na aplicação do teste T para dados pareados, foi encontrada significativa diferença (nível de significância de 5%) entre crenças parentais e práticas de cuidado entre os seguintes sistemas: cuidados primários A – cuidados primários B, estimulação corporal A – estimulação corporal B e estimulação por objetos A – estimulação por objetos B.

Aplicando-se o coeficiente de correlação de Pearson (Quadro 2) é evidenciada a relação estatisticamente significativa entre as crenças e as práticas parentais no que se refere aos cuidados primários, contato corporal e estimulação corporal. A correlação mais alta ocorreu no sistema parental estimulação corporal, com o valor de 0,645. Os sistemas com as menores correlações entre práticas e crenças parentais foram estimulação por objetos e contato face a face, apesar de serem positivas e não estatisticamente significativa (valores $p > 0,05$).

Tabela 2 - Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre práticas parentais (A) e crenças parentais (B) por sistema parental

| Sistemas Parentais | r | P-valor |
|---|-------|----------|
| Cuidados primários A – Cuidados primários B | 0,422 | 0,018080 |
| Contato corporal A – Contato corporal B | 0,635 | 0,000124 |
| Estimulação corporal A – Estimulação corporal B | 0,645 | 0,000090 |
| Estimulação por objetos A – Estimulação por objetos B | 0,276 | 0,133480 |
| Contato face a face A – Contato face a face B | 0,052 | 0,780249 |

Em “cuidados primários” o item “cuidar para que durma e descanse” apresentou significativa diferença (22,6%) entre parte A e B, em que 74,2% das mães realizam essa prática, enquanto 96,8% acreditam ser um cuidado importante para seus filhos. O item “ter sempre por perto” do sistema contato corporal apresentou diferença de 16,1% na opção de resposta “sempre” entre crenças e práticas parentais. Destaca-se também nesse sistema que parte das entrevistadas (19,4%) realiza o ato de dormir junto com seus filhos, enquanto apenas 6,5% acreditam que essa prática é importante para seus filhos.

DISCUSSÃO

A prematuridade é considerada fator de risco para o desenvolvimento infantil. Crianças nascidas prematuras estão sob alto risco de desenvolver déficit de desenvolvimento que as nascidas a termo, tais como: distúrbios de linguagem, de motricidade e de aprendizagem.^{12,13} Além disso, acrescenta-se a influência da dinâmica familiar, do ambiente domiciliar e, principalmente, das práticas de cuidado parentais nesse processo, podendo tanto contribuir como dificultar o desempenho da criança prematura.^{5,12}

No que se refere às crenças parentais, a maior média obtida pelo sistema cuidados primários vai ao encontro das tendências gerais encontradas em estudos semelhantes,¹⁶⁻¹⁹ realizados com crianças a termo e com maior faixa etária. Esse sistema é o mais antigo e objetiva prover a criança de suas necessidades.¹⁹ O segundo e terceiro sistemas que apresentaram os maiores valores médios de crenças foram, respectivamente, contato face a face e contato corporal. O sistema contato face a face caracteriza um estilo de cuidado distal, que propicia à criança a experiência de autonomia e separação, enquanto o sistema contato corporal caracteriza um estilo de cuidado proximal, que busca garantir à criança uma relação interpessoal próxima e calorosa.⁹

O cuidado distal é característico de mães residentes em locais altamente urbanizados, como as capitais brasileiras, e de mães com altos níveis de escolaridade.¹⁹ Tal padrão é semelhante ao do presente estudo, exceto pelo nível de escolaridade. Acredita-se que o estilo de cuidado distal, no contexto da prematuridade, pode relacionar-se à crença, por parte dos pais, de fragilidade do prematuro⁵ e ao possível afastamento daqueles em relação a este.³ Ainda que o estilo de cuidado distal esteja presente, é possível perceber a combinação entre os estilos ditais e proximais, caracterizando o modelo cultural denominado autônomo-relacional. Tal modelo abrange autonomia e relação, com metas de socialização simultaneamente voltadas para a autonomia e para o relacionamento.^{19,20}

As práticas parentais, de modo geral, foram compatíveis com as crenças apresentadas, reforçando o modelo autônomo-relacional. Esse modelo tem sido identificado em famílias com alto nível educacional, de classe média e inseridas em ce-

nários urbanos de sociedades tradicionalmente interdependentes.¹⁴⁻¹⁹ Tal padrão se distingue da amostra do presente estudo pela diferença no nível educacional. Esse fato reforça que as crenças variam de acordo com os diferentes contextos,¹⁴ podendo a prematuridade ter sido fator influenciador para o surgimento desse modelo cultural. É importante ressaltar a complexidade das relações familiares e das diversas variáveis que influenciam nas práticas dos pais em relação ao cuidado dos filhos, como as características específicas da criança e dos pais e o contexto sociocultural em que estão inseridos.²¹

Os sistemas “Estimulação Corporal” e “Estimulação por Objetos”, que obtiveram, de modo geral, as menores médias, relacionam-se ao desenvolvimento comportamental, sensório-motor e cognitivo. O prematuro possui um desenvolvimento multifacetado, envolvendo uma interação dinâmica entre fatores biomédicos, a criança e o ambiente. Dessa forma, a realização de acompanhamento para avaliação do desenvolvimento do prematuro é de suma importância, bem como a aplicação de intervenções globais e multidisciplinares.²²

A diferença entre os valores da crença e da prática parentais em relação ao item “cuidar para que durma e descanse” retrata que muitas vezes o descanso dos prematuros não acontece como a mãe acredita ser necessário. Há diferenças entre o padrão do ciclo sono vigília em prematuros e recém-nascidos a termo, uma vez que os neonatos pré-termo possuem menor quantidade de sono ativo. O sono e a vigília possuem também relação direta com o desenvolvimento cerebral e a aprendizagem, os quais podem ser prejudicados devido a alterações nesse ciclo.²²

A prática de dormir junto na rede ou na cama pode estar relacionada à chegada do neonato ao domicílio, em que os pais vivem a dualidade do desejo e medo, com as mulheres exercendo, na maioria das vezes, cuidado superprotegido. A responsabilidade sentida e o medo de que algo ruim possa acontecer tornam o cuidado da mãe tenso, intenso e permeado de insegurança.²³ Dessa forma, a superproteção parental pode dificultar a criança de administrar os próprios estímulos da vida e adquirir independência, favorecendo o desenvolvimento de problemas comportamentais.¹⁶ O apoio social familiar e a continuidade do acompanhamento pós-alta do RNPT (podendo ser realizado pela atenção básica) tem grande importância na identificação e intervenção precoce em possíveis problemas no crescimento e desenvolvimento dessas crianças, além de ações educativas quanto à produção de estímulos e práticas parentais que favoreçam o desenvolvimento do prematuro.^{24,25} A forma de cuidado ideal se configura em um cuidado ampliado centrado na família, com articulação entre hospital e redes de apoio social.²⁵

Observa-se que mesmo existindo a crença de importância quanto a “ter sempre por perto”, a frequência de tal ato não corresponde ao valor da crença. Mesmo ocorrendo diferenças entre crenças e práticas, a maioria é soberana em ambas as par-

tes da pesquisa, podendo refletir uma das principais mudanças na rotina dos pais, os quais permanecem mais tempo no domicílio para exercer o cuidado ao filho e, também, a cultura de que a mãe é a principal responsável pelo cuidado à criança.²⁵ O resultado pode relacionar-se ainda com a mãe elegendo o prematuro como o centro do seu viver, ocorrendo distanciamento de outros aspectos sociais.²³

CONCLUSÃO

Neste estudo foram identificados padrões importantes referentes à prematuridade: os pais modificam suas rotinas para realizar o cuidado ao prematuro, ocorrendo, muitas vezes, a superproteção (principalmente materna), a qual pode gerar futuros problemas comportamentais e a dificuldade com o repouso do prematuro e a realização constante e variadas formas de estimulação. Identificou-se a necessidade de acompanhamento sistematizado que veicule um cuidado especializado que considere as características e necessidades das crianças nascidas prematuras e de seus pais/familiares. Destaca-se a importância de intervenções promotoras da parentalidade positiva, compreendida como aquela que é processada com autonomia e gera uma relação mutuamente satisfatória entre pais e filhos.

A escassez de estudos sobre crenças e práticas parentais no contexto da prematuridade no Brasil não possibilitou a comparação dos dados com amostras do mesmo âmbito, caracterizando-se como uma das limitações do estudo.

A característica da amostra (número de participantes e contexto), também pode ser considerada uma limitação do estudo, pois pode não ser reveladora da complexidade dos estilos parentais no cuidado ao prematuro. Assim, acredita-se que há a necessidade de novos estudos a partir de diferentes enfoques metodológicos, esferas culturais e grupos amostrais, a fim de gerar conhecimentos complementares sobre a temática, os quais podem ser convertidos em ações práticas no âmbito de políticas públicas de saúde com ênfase no seguimento domiciliar do prematuro e seus pais, tendo como eixo a promoção da parentalidade positiva e do potencial máximo de desenvolvimento dos prematuros.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. March of Dimes. The Partnership for Maternal Newborn and Child Health. Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012.
- Silveira MF, Matijasevich A, Horta BL, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA, et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5): 992-1000.
- Tronco CS. O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da manutenção da lactação na UTI neonatal: possibilidades para enfermagem. Santa Maria – RS [tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
- Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013; 17(2):277-83.
- Shermann LB, Brum EHM. Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In: Piccinini CA, Alvarenga P. *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. p. 35-59.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru manual técnico*. 2ª ed. Brasília: MS; 2011.
- Barroso RG, Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Acta Psychol*. 2010; 1(52): 211-29.
- Zornig SAJ. Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In: Piccinini CA, Alvarenga P. *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. p.15-35.
- Martins GDF, Macarini SM, Vieira ML, Moura MLS, Bussab VSR, Cruz RM. Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF*. 2010; 15 (1): 23-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.
- Bandeira TTA, Seidl-de-Moura ML. Crenças de pais e mães sobre investimento parental. *Paidéia*. 2012; 22(53): 355-63.
- Silveira KA, Enuno SRF. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. *Paidéia*. 2012; 22(53): 335-45.
- Custodio ZAO, Crepaldi MA, Cruz RM. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo teste de Denver-II: revisão da produção científica brasileira. *Psicol Reflex Crit*. 2012; 25(2): 400-6.
- Macarini SM. Autonomia e interdependência: sistema de crenças parentais de mães residentes em pequenas cidades e capitais do Brasil [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
- Carmo PHB, Alvarenga P. Práticas educativas coercitivas de mães de diferentes níveis socioeconômicos. *Estud Psicol*. 2012; 17(2):191-7.
- Silveira KA, Enuno SRF. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. *Paidéia*. 2012; 22(53):335-45.
- Pedron CD. O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais relacionados ao período pós-alta hospitalar [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- Fontoura FC, Fontenele FC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*. 2011; 12(3): 518-25.
- Martins GDF, Vieira ML, Seidl-de-Moura ML, Macarini SM. Crenças e práticas de cuidado entre mães residentes em capitais e pequenas cidades brasileiras. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24(4): 692-701.
- Barreto MLS. Etnoteorias parentais: um estudo com mães de diferentes gerações e níveis sociais e econômicos [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.
- Macarini SM, Martins GDF, Minetto MF, Vieira ML. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arq Bras Psicol*. 2010; 62(1): 24-32.
- Holditch-Davis. Desenvolvimento do sono e problemas de sono em bebês prematuros. *Enciclopédia sobre desenvolvimento na primeira infância*. 2012. [Citado 2014 jun. 19]. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/Holditch-DavisPRTxp1.pdf>
- Custodio N, Abreu FCP, Marski BSL, Mello DF, Wernet M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. *REME - Rev Min Enferm*. 2013; 17(4): 992-9.
- Schmidt KT, Higarashi IH. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *REME - Rev Min Enferm*. 2012;16(3): 391-9.
- Silva LS. A família e o recém-nascido pré-termo: desafios do cuidado domiciliar no Brasil [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.