



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE AS PRÁTICAS PARENTAIS
AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA PERSPECTIVA DAS
MÃES CUIDADORAS**

PAULA LUÍSA LIMA MELO DE BARROS

GOIÂNIA/GO

2018



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE AS PRÁTICAS PARENTAIS
AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA PERSPECTIVA DAS
MÃES CUIDADORAS**

PAULA LUÍSA LIMA MELO DE BARROS

Orientador: Prof. Dr. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

GOIÂNIA/GO

2018

B277a Barros, Paula Luisa Lima Melo de

Avaliação das crenças sobre as práticas parentais ao recém-nascido prematuro na perspectiva das mães cuidadoras [manuscrito]
/ Paula Luisa Melo de Barros. -- 2018.

59 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais
e Saúde , Goiânia, 2018

Inclui referências f.47-49

1. Prematuridade. 2. Cuidados parentais. 3. Enfermagem neonatal.
I. Silva, Antonio Márcio Teodoro Cordeiro . II. Pontifícia
Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 613. 952:616-083 (043)

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 15 DE MARÇO DE 2018 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1)



Prof. Dr. Antônio Márcio Teodoro Cordeiro Silva / PUC Goiás (Presidente)

2)



Prof. Dr. Cesar Augusto Sam Tiago Vilanova-Costa (ACCG - Membro Externo)

3)



Prof. Dr. Rogério José de Almeida (PUC Goiás - Membro)

4)

Profa. Dra. Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro (UFG – Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me oportunizar a benção de cursar este mestrado; por me conceder saúde e força para superar os entraves e pedras enfrentadas durante todo o caminho.

Ao meu orientador, Dr. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva, pela disponibilidade e atenção dispensadas a mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde (MCAS) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), pela oportunidade de obter o título de mestre e a todos os professores que compartilharam seus conhecimentos no decorrer do curso.

A todos que colaboraram com este estudo e aceitaram, gentilmente, participar, respondendo nos questionamentos propostos.

Ao meu marido Euclides Filho, pelas lutas diárias com base no companheirismo e apoio a tudo que me comprometo a fazer.

Ao meu amado filho, Pablo Vinícius, que me ensina, a cada dia, que não existem barreiras intransponíveis.

Às minhas irmãs, Sílvia e Alessandra; juntas, nós sofremos, sorrimos e choramos, com a certeza de que foram mais sorrisos do que lágrimas.

Às minhas avós guerreiras, Hilda e Carolina (*in memoriam*), que me ensinaram que desistir não faz parte do nosso vocabulário.

E, por fim, aos meus pais, Dagvaldo e Dorinalva, que além de me concederem o dom da vida, me ensinaram que o amor suporta tudo e que no final sempre alcançaremos a vitória.

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar as crenças sobre as práticas parentais ao recém-nascido prematuro na perspectiva das mães cuidadoras de bairros periféricos da cidade de Guanambi/BA. Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem quali-quantitativa. Foram entrevistadas 30 mães de recém-nascido prematuro, cadastradas na Unidade Básica do Município de Guanambi/BA. Foram aplicados três questionários: um sociodemográfico, crenças sobre as práticas parentais e um instrumento qualitativo. Os dados foram avaliados com uso de estatística descritiva e comparativa. Os resultados identificaram que os fatores sociodemográficos e a prematuridade apresentam influência na adoção de práticas parentais específicas para cada contexto. As principais práticas adotadas pelas mães estudadas foram o contato face a face, com a média de 8,5 ($\pm 2,6$), e a estimulação corporal, com 6,8 ($\pm 0,8$) pontos. As mães foram as que mais cuidaram dos seus filhos em domicílio (36,7%), seguidas das avós (26,7%). A frequência de consultas de pré-natal foi de 93,3%, mas 70,0% nunca participaram de nenhum tipo de grupo de apoio e troca de experiências. As principais orientações dadas às mães durante o pré-natal foram sobre vacinas (73,3%). As orientações oferecidas durante o pré-natal foram classificadas pelas mães como muito importantes (83,3%), porém elas não identificaram nenhum profissional responsável por promover o elo entre a família e a ESF. Mais da metade (56,7%) das participantes não se sentiram preparadas para cuidar dos seus filhos em domicílio, pois sentiram medo (53,3%) e insegurança (33,3%). As mães não perceberam contribuição relevante por parte da ESF (66,6%); relataram interferências dos familiares quanto aos cuidados ao recém-nascido, porém viram tal interferência como positiva (33,0%). Concluiu-se que os contextos sociais, culturais, ambientais e, sobretudo, a prematuridade, interferiram na adoção de estilos parentais e percepção da parentalidade. Ressalta-se a necessidade de novos estudos para ampliação do conhecimento que subsidiem políticas públicas efetivas com ênfase no cuidado ao recém-nascido prematuro e o contexto em que estão inseridos.

Palavras-chave: prematuridade; cuidados parentais; enfermagem neonatal.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the beliefs about parental practices to the premature newborn from the perspective of the caregiver mothers of the outskirts of the city of Guanambi / BA. This is an exploratory study with a qualitative approach. We interviewed 30 mothers of premature newborns, registered in the Basic Unit of the Municipality of Guanambi / BA. Three questionnaires were applied: a sociodemographic, beliefs about parental practices and a qualitative instrument. The data were evaluated using descriptive and comparative statistics. The results identified that sociodemographic factors and prematurity influence the adoption of specific parental practices for each context. The main practices adopted by the mothers studied were face-to-face contact, with an average of 8.5 (+2.6), and body stimulation, with 6.8 (+0.8) points. Mothers were the ones who took care of their children at home (36.7%), followed by grandparents (26.7%). The frequency of prenatal consultations was 93.3%, but 70.0% never participated in any type of support group and exchange of experiences. The main guidelines given to mothers during prenatal care were on vaccines (73.3%). The guidelines offered during prenatal care were classified by mothers as very important (83.3%), but they did not identify any professionals responsible for promoting the link between the family and the FHT. More than half (56.7%) of the participants did not feel prepared to take care of their children at home, as they felt fear (53.3%) and insecurity (33.3%). Mothers did not perceive a relevant contribution from the FHS (66.6%); reported family interferences regarding newborn care, but they saw this interference as positive (33.0%). It was concluded that social, cultural, environmental and, above all, prematurity contexts interfered in the adoption of parental styles and perception of parenthood. The need for new studies to increase knowledge that subsidize effective public policies with an emphasis on the care of premature newborns and the context in which they are inserted is emphasized.

Keywords: prematurity; parental care; neonatal nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente comunitário de saúde

BA - Bahia

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CCF - Cuidado centralizado na família

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CODEVASP - Companhia de desenvolvimento dos Vales de São Francisco e do Parnaíba

DeCS - Descritores da Ciência da Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do adolescente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IFBA - Instituto Federal Baiano

Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Medline - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNH - Política Nacional de Humanização

POLIMEG - Polimédica de Guanambi

RN - Recém-Nascido

RNP - Recém-nascido prematuro

SAMU - Serviço Móvel de Urgência

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFG- Centro Universitário

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Tratamento Intensiva

UTIN - Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pais e crianças participantes do estudo, Guanambi/BA, 2017.....	25
Tabela 2. Características de saúde do RN, consultas e cuidados, Guanambi/BA, 2017.....	26
Tabela 3. Características das orientações recebida na Estratégia de Saúde da Família, Guanambi/BA, 2017.....	27
Tabela 4. Sentimentos relatados pelas mães dos RNP, Guanambi/BA, 2017.....	29
Tabela 5. Média e desvio padrão das práticas e crenças parentais, Guanambi/BA, 2017.....	30
Tabela 6. Comparação do padrão das práticas e crenças parentais estratificadas pelas variáveis de orientações na ESF, Guanambi/BA, 2017.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Transição no Período Gestacional e Prematuridade.....	12
2.2 Parentalidade.....	15
2.3 Práticas do Cuidado e Gênero.....	15
2.4 Sistemas Parentais.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
4.1 Delineamento.....	19
4.2 População do Estudo.....	21
4.3 Instrumentos.....	21
4.3.1 Questionário Sociodemográfico.....	21
4.3.2 Questionários de Crenças Sobre Práticas Parentais (CSPP).....	21
4.3.3 Instrumento qualitativo.....	22
4.4 Análise dos Dados.....	22
4.5 Aspectos Éticos.....	23
5 RESULTADOS.....	24
5.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	24
5.2 Análise do Questionário Sobre Práticas e Crenças Parentais.....	30
5.3 Análise Qualitativa dos Discursos.....	34
6 DISCUSSÃO.....	37
7 CONCLUSÃO.....	43
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
APÊNDICES E ANEXOS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é uma classificação atribuída ao recém-nascido cujo nascimento acontece antes do tempo, ou seja, o feto ainda não se encontra completamente formado ou pronto para vida extrauterina (ESTEVAM; SILVA, 2016). Recém-nascido, por sua vez, é todo concepto cuja idade compreende de 0 a 28 dias de vida (TAMEZ, 2015).

Nas últimas décadas, tem se notado a redução da mortalidade infantil no mundo e, com ela, a redução nas taxas da mortalidade neonatal de 37% para 33%, sendo que a cada 1.000 nascidos vivos, 21 neonatos evoluem para o óbito. A OMS, com o Programa *Every Newborn*, estima que, até 2035, ocorrerá diminuição para 10 óbitos por cada 1.000 nascidos vivos. Entretanto, para alcançar esses números, torna-se necessária a tomada de medidas e intervenções efetivas para minimizar as causas dos óbitos, especialmente em situação de prematuridade (LAWN et al., 2014).

Embora a gestação seja vista como um processo normal da fisiologia da mulher, sabe-se que esse é um período exclusivo na vida dessas mulheres, pois cada uma percorre esse processo de maneira distinta e única. Cada experiência vivida nesse processo é singular e gera mudanças repentinas em nível físico, familiar, emocional, conjugal e social (CORRÊA et al., 2015; PACHECO et al., 2013).

A prematuridade muda segundo as particularidades de cada população, que é decorrente de várias circunstâncias, entre elas, a imprevisibilidade, que ocorre em todos os ambientes (SOUZA; FERREIRA, 2010).

O avançado tecnológico, que ocorreu nas últimas décadas, favoreceu de maneira positiva a segurança no diagnóstico e a definição de cuidados na busca de ações mais eficazes e seguras. Entretanto, isso por si só não é satisfatório para solucionar as questões que vão além da preservação da vida do paciente (SOUZA; FERREIRA, 2010). O avanço tecnológico promoveu, de certa forma, o afastamento da genitora e da família nos cuidados promovidos a esse recém-nascido prematuro (RNP).

Todavia, é necessário ressaltar que o cuidado precisa estar pautado para solidificação da família, e que esta seja envolvida como parceira na assistência dos RNP (PRAÇA; BARALDI, 2013). A mulher não engravida sozinha, todos os integrantes da família também participam diretamente desse processo. Assim, vale destacar a cultura na qual cada mulher vive e, sobretudo, que esta pode recair de maneira positiva quanto à verbalização das necessidades, crenças, valores, saberes e visão sobre a gestação, parto e bebê (MELO et al., 2015; PRAÇA; BARALDI, 2013).

Uma das crenças instituídas nas UTI era de que a presença da família seria um fator promotor para o aumento do risco de infecção hospitalar e pela atitude na qual a equipe de saúde cuidadora desses indivíduos passou a dar prioridade exclusivamente ao cuidado do neonato, postergando a assistência à sua família (CORRÊA et al., 2015; SOUZA; FERREIRA, 2010). Essa crença fez com que a família fosse ignorada na prática de cuidados com RNP em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Para a abordagem do cuidado centralizado na família (CCF), a família deve sim ser respeitada e considerada como sujeito do cuidado (PINTO et al., 2010).

A família tem sua estrutura diretamente afetada pela prematuridade de um conceito, pois, tal fato altera as expectativas e anseios com relação à espera da alta hospitalar do Recém-Nascido (RN). Assim, surge uma combinação impulsiva de emoções que inter-relacionam alegria, aflição, calma e receio acompanhado da expectativa de receber o filho em sua residência. Nesse momento, a família entende o quão vulnerável é seu bebê (FROTA et al., 2013). Diante disso, percebe-se que ao conceber um bebê prematuro, concebe-se também, uma genitora prematura. Com isso, a família vivencia um fato paradoxal, no qual nascem anseios opostos ao esperado, sendo que os mesmos se tornam difíceis de serem compreendidos pelos profissionais da saúde (SOUZA; FERREIRA, 2010).

O estabelecimento de relação entre o profissional de saúde e a família possibilita: visão abrangente das dificuldades, compreensão das necessidades e prioridades que essa família experimenta. Tal fato proporciona melhor planejamento dos cuidados essenciais para o bem-estar do RN ao receber alta do ambiente hospitalar (CUNHA et al., 2014).

A cultura abrange conhecimento e práticas que são influenciadas por princípios que envolvem visão de mundo, conceitos religiosos, de linguagem, familiares, etnohistóricos, aspectos políticos, educativos e tecnológicos. Diante disso, observa-se que o conceito de cultura se tornou bastante complexo, e essa complexidade pode estar ligada à representatividade dos princípios que necessitam ser interpretados, pois essa intervenção poderá influenciar de maneira importante no desempenho dos indivíduos e perdurar através dos tempos (ESTEVAM; SILVA, 2016; MELO et al., 2015).

Segundo as relações de gênero, a maternidade sofre influências patriarcais, pois, permitiu que as mulheres adotassem uma postura diferenciada da dos homens, entretanto igual entre elas. Essa postura foi adotada desde o início da humanidade, na qual, pré-estabeleceu tarefas femininas e masculinas, cabendo à mulher realizar práticas cotidianas como: dar banho, nutrir, cuidar, proteger, promover medidas de carinho, aconchegos e

gestos de afago. Essa ação pressupõe que a figura feminina exhibe ênfase histórica, social e cultural que exprime a aplicabilidade de saberes populares entre seus familiares (CONSSUL et al., 2015).

O termo idade mais usado recentemente, outrora abordado na literatura psicanalítica francesa, é marcado por dimensões no processo de construção da relação entre pais e filhos (SOUZA et al., 2015). Todavia, a idade pode ser conceituada como o conjunto de ações intencionais que têm como função assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento do indivíduo, em um ambiente protegido, no qual enfatiza o propósito de torná-la mais autônoma (CUSTODIO et al., 2013). O processo envolve uma ideia de mutualidade, em que pais e filhos se auxiliam, permitindo à criança iniciar o processo de subjetivação e autonomia e, sobretudo, aos pais de exercerem o seu papel de pais (SOUZA et al., 2015). Ainda segundo os mesmos autores, a prematuridade infere na construção da idade. Entretanto, pode-se concluir que os costumes parentais vivenciados no processo de interação entre os pais e o prematuro podem interferir de maneira positiva ou negativa no processo de desenvolvimento do ser (SOUZA et al., 2015).

Segundo Zamaperi e Erdmann (2010), a atenção ao pré-natal visa identificar fatores de risco, promover e proteger a saúde da mãe, feto, recém-nascido e família. Os autores destacam ainda que as ações educativas de grupo de gestantes e sala de espera representam um diferencial no cuidado por ampliar os conhecimentos dos casais, subsidiar decisões, preparar para maternidade e paternidade, além de auxiliar na reivindicação dos direitos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de discutir a temática em questão, fez-se necessário levantar reflexões sobre temas que serão discutidos e entrelaçados nesta dissertação de mestrado. Para o presente estudo, optou-se por privilegiar periódicos de divulgação científica. Foram consultados os Periódicos CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio das bases dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). Na busca eletrônica dos artigos científicos e indexados nas bases de dados, utilizou-se dos seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas inglesa e portuguesa: parentalidade, enfermagem neonatal, prematuridade.

2.1 Transição no Período Gestacional e Prematuridade

Ao engravidar, a mulher passa por diversas mudanças ou transição de ordem psíquica, física, emocional e social. A gestação e a maternidade, por se caracterizar como um processo de mudança e reorganização da identidade da mulher, trazem consigo uma nova definição de papéis: a mulher deixa de ser apenas filha para também passar a ser mãe (ESTEVES et al., 2013).

Esteves et al. (2013) ainda ressaltam as peculiaridades do período gestacional dividido em três trimestres: O primeiro trimestre evidencia o sentimento contraditório de desejar estar ou não grávida, além de sintomas como insônia, enjoos, vômitos, irritabilidade e aumento da sensibilidade. O segundo trimestre caracterizado por ser o mais tranquilo do ponto de vista emocional, a mãe começa a personificar o feto, atribuindo-o características, devido ao aparecimento dos movimentos. Por fim, o terceiro trimestre de gestação é determinado pelo retorno da ambiguidade afetiva dos sentimentos de desejar ou não o término da gestação, além da ansiedade pela proximidade do parto e as mudanças que nela acarretam. Nesse período é comum a arrumação do ambiente para a chegada do conceito, a escolha do nome e a reorganização da vida familiar para receber o novo membro.

Ao surgimento dos movimentos fetais, observa-se também que se inicia mais claramente o que se chama de apego materno-fetal, expressado pela forma que as mulheres se interagem e afiliam com a criança que vai nascer. O apego é fundamental para o desenvolvimento do recém-nascido e influencia a qualidade dos laços futuros,

especialmente dos recém-nascidos prematuros e/ou enfermos (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Nesse contexto, é importante considerar que as experiências, cultura e crenças vividas pela mulher ao longo da sua vida podem influenciar no papel materno a ser desempenhado. Isso implica em toda a preparação durante a gestação, envolvendo expectativas, medos, fantasias e sonhos, aparência do bebê, papel da família, que são aspectos importantes para a construção da maternidade. Destarte, deve-se considerar o período gestacional um momento de transformações envolvendo os elos afetivos e o mundo psíquicos dos sujeitos. Sobretudo, trata-se de um período de fortes influências hormonais, culturais, ambientais, que podem excitar o estresse. Sendo assim, o exercício da maternidade requer muito esforço da família e, principalmente, da mulher para se adaptar e reorganizar logo após o nascimento (ZANATTA; PEREIRA, 2015).

Com a chegada do recém-nascido, novo membro da família, várias mudanças começam ocorrer na vida do casal que remete a (re)construção e (re)negociação de papéis na vida conjugal. Os novos sentimentos no período gestacional e após o nascimento, além da ambiguidade de ser mãe, da vida profissional e pessoal, novas rotinas surgem a partir das necessidades do neonato. Assim, a genitora convive com várias mudanças no cotidiano e, sobretudo, com a fragmentação de atenções, agora entre o filho e o companheiro (MACARINI et al., 2016).

Dessa forma, quando a prematuridade é vivenciada, a situação de crise tende a se intensificar. O nascimento prematuro, nascimento que acontece antes das 37 semanas de gestação, pode acarretar na necessidade do recém-nascido (RN) ser encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para recebimento de cuidados especializados. Assim, o parto passa a ter influência em mais modificações na dinâmica da família, evidenciando-se como uma experiência cansativa e difícil, principalmente para os pais da criança. Todavia, vários fatores são associados ao equilíbrio emocional materno, como altos índices de ansiedade em mães de pré-termos, o que pode representar um risco para a saúde tanto da genitora quanto do neonato (DANTAS et al., 2015).

No período gestacional, os pais idealizam levar o filho para casa logo após o nascimento e ao serem informados que este precisará ficar hospitalizado em um UTIN, vários sentimentos, como aflição e desespero, são reforçados pelo medo e a culpa de deixar o filho internado. Os pais podem sentir estranhamento e insegurança uma vez que o momento vivenciado não condiz com o idealizado na gravidez. Para a mãe esse momento pode se tornar mais intensificado, pois na maioria das vezes, ela não se

preparada emocionalmente, além de sentir-se fisicamente incapaz de interagir com seu filho naquele momento. Sabe-se que apesar da prematuridade influenciar a vida do bebê, as suas consequências no desenvolvimento do neonato, negativas ou positivas, poderão ser percebidas em longo prazo e dependerão de outros fatores como peso ao nascer, cuidados pós-natal e influências ambientais em que ele for exposto durante a infância (BASEGGIO et al., 2017).

A Atenção Básica segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde deve realizar atendimento domiciliar a todas as crianças na primeira semana de vida, bem como orientações ao binômio mãe-filho no intuito de viabilizar o cuidado integral e a promoção da saúde e maior vínculo da família e a equipe multiprofissional. Entretanto, estudos referem vários pontos negativos no âmbito da Atenção Básica sobre o cuidado dispensado ao recém-nascido como a comunicação com a família e a visita domiciliar. Nesse contexto, observa-se que o recém-nascido prematuro demanda maior atenção e cuidados por parte da família e a falta de visitas domiciliares e comunicação com os profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, gera insatisfação quanto ao serviço. Os autores destacam ainda a necessidade do preparo dos profissionais das equipes de saúde da família para atender essas famílias, respeitando suas crenças e costumes, de forma a oportunizar um cuidado efetivo ao recém-nascido no domicílio (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

A chegada do filho prematuro no domicílio torna-se um momento crítico na vida da família, pois requer adaptações do recém-nascido e dos pais ao novo ambiente, que a partir desse momento, se tornam os responsáveis por todo o cuidado prestado a este ser. Para as mães, essa fase representa um momento de insegurança relacionada às lembranças do período de internação, instabilidade e fragilidade, o que pode limitar a ação do cuidar do neonato, levando-as a pensar que algo ruim pode acontecer com o recém-nascido agora no seio familiar. A apropriação do cuidar do RNP manifesta-se sentimento de apreensão por desenvolvimento de doenças graves e complicações da prematuridade. Assim, a alta planejada e as visitas domiciliares representam fonte de apoio para a redução da ansiedade e medo vivenciados pela família com fornecimento de informações, assistência humanizada que favorecem a adaptação da família e redução dos níveis de estresse e reinternações do neonato (FROTA et al., 2013).

2.2 Parentalidade

O termo parentalidade surgiu na França e foi utilizado pela primeira vez, no ano de 1961, por um psiquiatra e psicanalista de nome Paul-Claude Racamier, porém permaneceu em desuso aproximadamente por 20 anos. Ressurgiu apenas em um estudo sobre as psicoses puerperais de René Clement como um tipo de “patologia da parentalidade”. No Brasil, a palavra começou a ser usada apenas na década de 1980. O termo parentalidade surge atrelado às questões voltadas ao desejo e decisão de ter filhos, gravidez inesperada e constituição da tríade mãe, pai e filho (MACARINI et al., 2016).

O conceito de parentalidade é definido como um conjunto de ações desenvolvidas pela família para garantir a sobrevivência e o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança em um ambiente seguro com o propósito de torná-la progressivamente autônoma. Assim, a comunidade científica trata o conceito de parentalidade e desenvolve estudos sobre as práticas parentais, descritas pelos autores como uma das atividades mais complexas do ser humano, repletas de desafios e responsabilidades que implica em uma geração (pais) preparar a outra (filhos) para situações que estes irão enfrentar ao longo da vida (BARROSO; MACHADO, 2010). Os mesmos autores descrevem que a parentalidade tende a depender de impressões subjetivas, crenças culturais ou preocupações relacionadas a determinados contextos. Sobretudo, observa-se que a construções das práticas parentais são delineadas por um sistema de crenças culturais.

2.3 Práticas do Cuidado e Gênero

Desde a idade média, as relações de gênero são marcadas pela assimetria da relação de poder entre homens e mulheres, conferido aos homens sobre as mulheres e filhos, configurado no modelo patriarcal. Assim, mulheres e filhos são totalmente submissos ao poder soberano do pai como autoridade máxima dentro da família. À mulher são designados espaços privados menos valorizados onde realiza trabalhos domésticos e cuidados com os filhos. Aos homens é reservado o espaço público, este visto como espaço valorizado, onde se ocupa de questões sócio-políticas da comunidade, a representação da família e responsabilidade de prover o seu sustento (PATIAS et al., 2015). Os mesmos autores destacam a importância de compreender que as questões de gênero estão relacionadas com papéis historicamente atribuídos a homens e mulheres em uma dada cultura e contexto social ligados a representações simbólicas dos sujeitos e em constante construção. Deste modo, essas relações não representam apenas diferenças sexuais, mas compreensões mais complexas sobre o que é ser homem e ser mulher.

2.4 Sistemas Parentais

Segundo Macarini, Crepaldi e Vieira (2016), Keller, uma autora alemã que utiliza a posição interacionista adaptada pelo contexto para compreender o desenvolvimento humano, descreve práticas implementadas pelos pais no cuidado com seus filhos por meio de um modelo de parentalidade que se incluem práticas parentais e quatro mecanismos interacionais, considerados universais, utilizado de forma intuitiva pelos cuidadores em qualquer lugar do mundo. Para Keller, a forma de cuidar é definida por uma série de comportamentos geneticamente acionados pela demanda do ambiente com o intuito de prover conforto e segurança à criança quando esta está em risco. Os seis sistemas parentais propostos por Keller são:

1. Cuidado primário: Representa a parte filogenética do cuidado parental mais antiga, caracterizada por oferecer segurança ao recém-nascido. Tais ações são representadas através de abrigo, alimentação e higiene. A função psicológica básica deste sistema baseia-se em reduzir o estresse do bebê.
2. Contato corporal: São definidos pelo contato corporal, por carregar a criança no colo com o intuito de prover calor emocional e desenvolver uma relação de apego e pertencimento a um grupo. A criança desenvolve maior aceitação das regras dos pais a partir da experiência de calor emocional, relação de apego e pertencimento a um grupo preparando-o para o enfrentamento de uma vida de regras e hierarquias entre a família e grupos sociais.
3. Estimulação corporal: É caracterizado pela proximidade corporal, toques e movimentos que estimulam o desenvolvimento da coordenação motora e da percepção do corpo da criança em relação ao ambiente, contribuindo para a emergência de uma identidade corporal (e. g., cócegas, massagem). Sua função é dar suporte ao planejamento e execução da ação a partir de estimulação do bebê para a percepção do seu próprio corpo.
4. Estimulação por objetos: Propõe que a criança seja inserida no mundo dos objetos não pessoais e no ambiente físico em geral. Através de contatos com brinquedos e interação com as pessoas que estão envolvidas no cuidado, contribui para desenvolvimento cognitivo e tornar a criança mais independente nas relações sociais.

5. Contato face a face: Este sistema envolve o contato mútuo por meio do olhar e o uso da linguagem que, por sua vez, aplicada com afeto, são consideradas potenciais estimulantes para o desenvolvimento do seu autoconhecimento e auto eficácia através da imitação facial e respostas circunstanciais do adulto.
6. Envelope narrativo: Caracteriza-se pela linguagem ou mediação simbólica envolvida através da fala utilizada pelos pais na interação com a criança. Os pais apropriam-se de comportamento verbal e vocal através do conversar a qual serve como uma ferramenta para a criança acessar as noções de *self* específicas de seu contexto e aprendizado cultural.

Os sistemas parentais descritos são modulados por mecanismos internacionais de atenção, calor emocional, contingência e responsividade através da expressão das emoções que, segundo os autores, podem se anunciar de diferentes formas (MACARINI; CREPALDI; VIEIRA, 2016).

Vários estudos apontam as práticas parentais como importante aspecto do nicho do desenvolvimento infantil influenciadas por variáveis características de contextos culturais distintos, classificados em estilos parentais: distal e proximal. No primeiro, ressalta o contato face a face e a interação por objetos, favorecendo à criança uma relação vivenciada de autonomia e separação. No proximal, preconiza-se o contato e estimulação corporal, garantindo à criança uma relação interpessoal mais calorosa e proximal (MACARINI; CREPALDI; VIEIRA, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as práticas e crenças que norteiam o cuidar do recém-nascido prematuro em domicílio na perspectiva da mãe cuidadora.

3.2 Objetivos Específicos

1. Traçar o perfil sociodemográfico das mães cuidadoras de recém-nascidos prematuros;
2. Relacionar as práticas parentais com as orientações recebidas pela mãe durante o pré-natal;
3. Verificar o significado do cuidar do recém-nascido prematuro atribuído no discurso das mães.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo transversal analítico com abordagem qualitativa e quantitativa. Richardson (2007) descreve que a pesquisa qualitativa se justifica por ser um modo adequado de compreender a natureza de um fenômeno social e pode também estar inserida até mesmo em dados colhidas por estudos quantitativos. O autor ainda acrescenta que esse tipo de abordagem pode ser utilizado em situações complexas ou restritas e busca analisar, descrever a interação entre certas variáveis e compreender o dinamismo de grupos, a fim de contribuir para a mudança de determinados grupos. Adicionalmente, o mesmo autor descreve que a pesquisa com caráter quantitativo é capaz de caracterizar a quantificação, tanto no aspecto da coleta dos dados, por meio do instrumento utilizado, quanto no tratamento dos mesmos por meio de técnicas estatísticas aplicadas (RICHARDSON, 2007).

O município de Guanambi/BA está localizado a 796 quilômetros a sudoeste de Salvador, sendo interligado à capital pela BR-030. Sua população fora estimada, em 2017, em 86.808 habitantes. É o município polo da Microrregião de Guanambi, estabelecendo influência comercial e de infraestrutura para uma área de aproximadamente 587 mil habitantes (IBGE 2017; PMG, 2018; SESAB, 2018). O município de Guanambi, ao lado de Caetitê e Igaporã, abriga o maior complexo eólico da América Latina (RENOVA ENERGIA, 2012).

A base da economia da cidade, a princípio, foi do cultivo do algodão, este produzido na região do Vale do Iuiú, o que fez com que a elite fundiária dessa cultura se estabelecesse em Guanambi, trazendo consigo investimentos na infraestrutura do município, como rodovias, usinas de beneficiamento e o aeroporto, o que contribuiu para o aumento expressivo da população. Possui PIB per capita de R\$ 13.361,98 e IDH de 0,673 (IBGE, 2017).

A área total do município, segundo o IBGE (2017) é de 1.296,654 km², com densidade populacional igual a 60,80 hab./km². A altitude média da cidade é de 525 metros, tendo como o ponto mais alto, no perímetro urbano, o morro do Monte Pascoal.

Seu clima é basicamente semiárido, com temperatura média anual de 22,6 °C. O período da chuva se dá entre os meses de outubro a março. Seu relevo caracteriza-se pela presença do Pediplano Sertanejo, das superfícies dos Gerais e do Planalto do Espinhaço. A vegetação predominante atual, devido ao desmatamento, é do tipo rasteira, onde se

destacam os terrenos de capoeira. A vegetação original, bastante degradada, era composta por Floresta Estacional Decidual, que era uma mistura de espécies da caatinga com árvores de mata tropical. Havia a ocorrência de vegetação do tipo cerrado (ADH, 2010).

Como potencial hidrográfico há o Rio Carnaíba de Dentro e seus riachos afluentes, como o Riacho Belém, que corta o centro da cidade. As principais represas são a de Ceraíma e a barragem do Poço do Magro, além das represas de Mutans (Lagoa d'Água, Taboinha, Lagoa da Espera) e de Morrinhos. A região pertence a bacia hidrográfica do São Francisco e se encontra na área de atuação da CODEVASF (Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba), sendo abastecida pela água do Rio São Francisco trazida pela Adutora do Algodão, implantada em 2012, com iniciativas do Governo Federal (ADH, 2010).

A partir do final da década de 1990, Guanambi passou a se destacar cada vez mais entre as cidades, sendo reconhecida como polo educacional com aprovação de diversos cursos superiores pelo Ministério da Educação, para serem ministrados pela UNEB (Universidade Estadual da Bahia), UNIFG (Campus Universitário Faculdade Guanambi), IF BAIANO Campus Guanambi (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano), entre outras instituições de ensino (ADH, 2010).

Guanambi é referência em saúde para os municípios de sua microrregião. O município conta com uma rede estruturada de saúde com hospitais e clínicas públicas e privadas, com cobertura de 90% de Atenção Básica, sendo destes, 20 ESF distribuídos nos bairros, uma UBS Central, dois NASF, uma academia de saúde. Conta ainda com um Hospital Municipal, uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento 24 horas), um SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), uma POLIMEG (Polimédica de Guanambi), com atendimento de média complexidade e uma Central de marcação. O principal e maior hospital da cidade é o Hospital Regional, além de uma Policlínica Regional, ambos são referências para pelo menos 37 municípios vizinhos, sendo administrado pelo Governo Estadual e integrante da rede do Sistema Único de Saúde. Além destes, outros estabelecimentos integram uma rede de apoio de referência de média e alta complexidade em toda região pactuados pela Prefeitura Municipal de Guanambi, que são: o Hospital do Rim, a Policlínica e o Hospital Nova Aliança, Centro Médico Guanambi (PMG, 2017).

4.2 População do Estudo

Foram entrevistadas 30 mães que já tiveram filhos prematuros. A ferramenta para coleta de dados foi aplicada por meio de entrevista com as mães que se encontravam na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Guanambi/BA para atendimento no período da coleta de dados, de junho a outubro de 2017, onde foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a participar.

Os critérios de inclusão foram: mães que tiveram bebês prematuros, cujas crianças já estava há mais de três meses sobre os cuidados dos familiares; com idade superior a 18 anos, que foram atendidas na ESF do Município de Guanambi/BA, no período da coleta dos dados, e que aceitaram participar do estudo de modo espontâneo e voluntária.

Como critérios de exclusão, não foram consideradas mães que não tiveram bebês prematuros, que não foram atendidas na ESF de Guanambi/BA, ou foram atendidas fora do período de coleta de dados; mães com recém-nascidos que se encontrarem em UTI e aquelas que não aceitarem participar da pesquisa.

4.3 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para coleta dos dados. Um para traçar o perfil sociodemográfico da família, outro para identificar os cuidados prestados aos RNP em domicílio e um instrumento qualitativo.

4.3.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário para identificar o perfil sociodemográfico (Apêndice I) foi composto pelas variáveis: idade, estado civil, escolaridade, profissão, quantitativo de filhos, tipo de residência, meio de transporte que era usado para locomover até o hospital, problemas de saúde dos integrantes da família, idade gestacional, peso ao nascer do RNP e tempo de hospitalização na UTI.

4.3.2 Questionários de Crenças Sobre Práticas Parentais (CSPP)

O segundo instrumento utilizado foi o Questionário de Crenças Sobre Práticas Parentais (Anexo I) (SUIZZO, 2002), que afere o grau de importância que os pais atribuem às práticas e crenças pertinentes aos cuidados parentais.

A classificação dos escores parenterais é dividida da seguinte forma: (1) *Cuidados Primários*: filogeneticamente classificados como os cuidados mais antigos ao RN, que envolve desde proteção, alimentação e repouso; (2) *Contato Corporal*: caracteriza-se

como aconchego; (3) *Estimulação Corporal*: envolve desde o toque até os movimentos motores; (4) *Estimulação por Objetos*: processo no qual ocorre a ligação criança-cuidador-brinquedo; (5) *Contato Face a Face*: envolve o conversar, ouvir e responder; e, finalmente, (6) *Envelope Narrativo*: envolve a linguagem usada pelos cuidadores. Adicionalmente, foi possível observar ainda os domínios principais do cuidado parental: (1) *Dimensão social* (garantir a apresentação apropriada da criança); (2) *Dimensão emocional* (responder a criança e criar vínculo com ela); (3) *Dimensão disciplinar* (manter a criança sobre controle rígido).

Trata-se de um questionário com perguntas objetivas compostas por uma escala adaptada segundo Likert (1932). A escala apresenta uma pontuação de 01 (um), 05 (cinco) e 10 (dez) pontos, sendo 01 para a resposta “nunca”, 05 para “às vezes” e 10 para “sempre”. Tais pontuações representam o grau de importância que as mães atribuem às práticas investigadas no estudo. Assim, quanto maior a pontuação, maior a importância dada pela mãe para tal prática, com variação de 01 para pouca importância e 10 para muito importante.

Buscou-se determinar o grau de correlação entre as práticas parentais e suas dimensões descritas por Suizzo (2001), fatores socioeconômicos e as orientações recebidas durante o pré-natal.

4.3.3 Instrumento qualitativo

Foram utilizadas quatro questões norteadoras para a análise qualitativa (Apêndice II), que estavam relacionadas ao sentimento em relação ao cuidado com seu filho em casa, contribuição da ESF após a alta hospitalar, pessoa que realizou os cuidados ao RNP em casa e o sentimento relacionado à interferência nos cuidados ao RNP. Foi utilizada uma codificação (E), seguida de um número de sequência para identificação dos sujeitos e maior compreensão da magnitude das observações relatadas.

4.4 Análise dos Dados

A análise e tratamento dos dados foram realizados por meio da criação de uma planilha eletrônica de dados. Foi realizada estatística descritiva; para as variáveis contínuas foram calculados a média (medida de tendência central) e o desvio padrão (medida de dispersão); e para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absoluta (n) e relativa percentual [$f(\%)$]. Para isso, foram utilizados os softwares Microsoft Excel[®] e BioEstat[®] 5.3.

No que se refere à análise do discurso, foi utilizada a observação e análise dos aspectos da realidade não susceptíveis a serem quantificados. Como base foi utilizada a compreensão e explicação das dinâmicas pertinentes às relações sociais.

Nesse trabalho, estudou-se o universo de significados, crenças e valores e um espaço mais profundo destas relações, dos processos e fenômenos, não passíveis de serem reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Na análise qualitativa foi utilizada a técnica de análise do discurso com o intuito de detectar aspectos mais amplos sobre o sujeito, sua história e relações (RICHARDSON, 2007).

4.5 Aspectos Éticos

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Somente após sua aprovação (CAAE: 67404417.0.0000.0037; Parecer: 2223738) foi iniciada a pesquisa de campo.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização Sociodemográfica

Um total de 30 mães participou deste estudo. As mães apresentaram uma média de idade de 28,8 ($\pm 7,9$) anos, com variação de 18 a 46 anos e a média de idade das crianças foi de 2,9 ($\pm 2,6$) anos.

A principal ocupação das mães estava relacionada a atividades do lar (63,3%), com o ensino médio completo sendo o maior grau de escolaridade atingido por elas (33,3%). A maioria das crianças (66,7%) ainda não tinha frequentado a escola. Segundo o relato das mães, os pais possuíam ocupações variadas, onde as mais comuns foram: funcionário público e motorista, cada um com 13,3%. Quanto ao grau de escolaridade do pai, a maior frequência foi daqueles que cursaram o ensino médio completo (43,3%).

Sobre a situação conjugal, metade das mães do estudo (50,0%) relatou que eram casadas. Em média, cada mãe tinha 2,0 ($\pm 2,0$) filhos, variando de 1 até 9 filhos.

Estes dados podem ser vistos na Tabela 1.

O tipo de residência das mães foi em sua totalidade de casas, sendo que 93,3% viviam em casa própria. Todas as mães relataram que as casas contavam com água tratada, esgoto, coleta de lixo e luz elétrica. Adicionalmente, as casas eram todas feitas de bloco e alvenaria, na maioria, com 05 cômodos (60,0%). Além disso, a utilização de motos foi o meio de transporte mais utilizado (46,7%) e a maioria recorria ao celular como meio de comunicação (96,7%) (Apêndice IV).

No que se refere às variáveis relacionadas às questões de saúde e cuidados no domicílio, a presente pesquisa identificou que mais da metade das mães (53,3%) admitiu não haver ninguém da família com problemas de saúde. Quanto aos recém-nascidos, 56,7% apresentaram peso ao nascer abaixo de 2000 g. Assim, pode-se dizer que os RN foram classificados, ao nascer, nas categorias de baixo peso, muito baixo peso ou extremo baixo peso. Quanto à idade gestacional, 66,7% nasceram abaixo de 35 semanas de gestação, classificados por isso como pré-termo extremo e tardio. Observou-se ainda que a média de internação desses RNP foi de 20,1 ($\pm 18,7$) dias.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pais e crianças participantes do estudo, Guanambi/BA, 2017.

Variáveis	n	f(%)
Idade da Mãe (anos)		
Média \pm DP	28,8	7,9
Menor – Maior	18	46
Idade da Criança (anos)		
Média \pm DP	2,9	2,6
Menor – Maior	0,3	9
Escola		
Regular	10	33,3
Não se aplica	20	66,7
Ocupação da Mãe		
Do lar	19	63,3
Estudante	6	20,0
Outras	5	16,7
Escolaridade da Mãe		
Nunca Frequentou Escola	3	10,0
Fundamental Incompleto	9	30,0
Fundamental Completo	6	20,0
Ensino Médio	10	33,3
Ensino Superior	2	6,7
Ocupação do Pai		
Funcionário Público	4	13,3
Motorista	4	13,3
Outras	20	66,7
Não Informado	2	6,7
Escolaridade do Pai		
Nunca Frequentou a Escola	2	6,7
Fundamental Incompleto	8	26,7
Fundamental Completo	3	10,0
Ensino Médio	13	43,3
Não informado	4	13,3
Situação Conjugal		
Casado	21	70,0
Separado	3	10,0
Não informado	6	20,0
Número de filhos		
Média \pm DP	2,0	2,0
Menor – Maior	1	9

Quanto aos cuidados do RNP, observou-se que a mãe era a principal cuidadora do seu filho em domicílio (36,7%). Entretanto, a avó exerceu um papel bastante presente (26,7%). Percebeu-se ainda que algumas famílias adotaram o cuidado compartilhado, sendo as atribuições divididas principalmente entre mãe e avó (16,7%). A figura paterna,

referente aos cuidados com o RNP, só apareceu nos estudos acompanhado da presença da mãe (3,3%).

No tocante às consultas de pré-natal, a maioria das mães (93,3%) relatou ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal durante a gravidez, com média de 5,3 ($\pm 2,7$) consultas. Entretanto, 21 (70,0%) afirmaram nunca ter participado de grupo de apoio para gestantes nas referidas ESF (Tabela 2).

Tabela 2. Características de saúde do RN, consultas e cuidados, Guanambi/BA, 2017.

Variáveis	n	f(%)
Problemas de Saúde na Família		
Sim	14	46,7
Não	16	53,3
Peso do RN ao Nascer		
Abaixo de 2000 g	17	56,7
Acima de 2000 g	13	43,3
Idade Gestacional		
Abaixo de 35 semanas	20	66,7
35 ou 36 semanas	10	33,3
Tempo de Internação (dias)		
Média \pm DP	20,1	18,7
Menor – Maior	1	68
Realizou os Cuidados do RN em casa		
Mãe	11	36,7
Avó	8	26,7
Realizou Consulta Pré-Natal		
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
Número de Consultas		
Média \pm DP	5,3	2,7
Menor – Maior	0	10
Participação em Grupo		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0

Verificou-se que os profissionais de saúde realizaram orientações, na maioria das vezes, sobre vacinas a serem administradas ao RN (83,3%), seguidas de aleitamento materno exclusivo (73,3%), amamentação (63,3%), direito de amamentar (60,0%), sono e repouso (50,0%), banho de sol, engasgo e sobre visitas ao RN (33,3%), nariz entupido e medicações (30,0%), dentre outras. Observou-se que as orientações quanto aos sinais de alerta (de risco), referentes ao RN, apenas duas (6,7%) mães relataram ter recebido

tais orientações. Todavia, quando as mães foram questionadas sobre o grau de importância que elas creditavam às orientações recebidas, a grande maioria (83,3%) relatou ser muito importante tais informações para o cuidado com o RN em domicílio.

No que se refere à busca ativa e o elo entre a família e a ESF, metade das mães (50,0%) não tiveram nenhum profissional que o fizesse, 40,0% foi promovido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e apenas uma (3,3%), pela enfermeira da unidade. O estudo permitiu observar que a maioria das mães (56,7%) disse não se sentir preparada para cuidar do seu filho em casa (Tabela 3).

Tabela 3. Características das orientações recebida na Estratégia de Saúde da Família, Guanambi/BA, 2017.

Orientações Recebidas na ESF	<i>n</i>	<i>f</i>(%)
Visitas		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Roupas do Bebê		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
Amamentação		
Sim	19	63,3
Não	11	36,7
Aleitamento Exclusivo		
Sim	22	73,3
Não	8	26,7
Direito de Amamentar		
Sim	18	60,0
Não	12	40,0
Sono e Repouso do Bebê		
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
Choro do Bebê		
Sim	6	20,0
Não	24	80,0
Banho de Sol		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Medicações		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Sinais de Alerta		
Sim	2	6,7
Não	28	93,3

Continuação da Tabela 3.

Orientações Recebidas na ESF	n	f(%)
Engasgo		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Nariz Entupido		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Informações sobre Vacinas		
Sim	25	83,3
Não	5	16,7
Orientado Quanto aos Cuidados com o RN		
Mãe	26	86,7
Ninguém	3	10,0
Avós	2	6,7
Pai	1	3,3
Grau de Importância dessas Orientações		
Muito importante	25	83,3
Importante	5	16,7
Profissional Promoveu Encontro com a Equipe		
Nenhum	15	50,0
ACS	12	40,0
Enfermeira	1	3,3

Ao questionar as mães quanto ao sentimento relacionado ao cuidado ao RNP no domicílio, a maioria relatou sentir medo (53,3%), seguido de sentimentos de insegurança (33,3%), amor (30,0%), felicidade (16,7%), nervosismo (13,3%) e angústia (10,0%).

No que se refere à contribuição da ESF após a alta hospitalar do RNP, mais da metade (66,7%) relatou que não houve nenhuma ajuda ou visita domiciliar. Tais informações estão na contramão das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica que preconiza o acompanhamento domiciliar com visitas por parte de toda equipe multiprofissional. Observou-se na pesquisa a insatisfação das mães (53,3%) no que se refere à ESF contra 20,0% de mães que se disseram satisfeitas.

Verificou-se que a maioria das mães (53,3%) sofreu alguma interferência da família quanto ao cuidado do RN no domicílio e que essas interferências envolveram a alimentação (53,3%), as vestimentas (43,3%) e o banho (30,0%). Observou-se que os principais sentimentos relacionados a essa interferência foram sentidos pelas mães de forma variada, sendo percebidos da seguinte forma: positiva (33,3%), chateação (16,7%) e raiva (13,3%) (Tabela 4).

Tabela 4. Sentimentos relatados pelas mães dos RNP, Guanambi/BA, 2017.

Variáveis	n	f(%)
Sente Preparada para Cuidar do RN em Casa		
Sim	13	43,3
Não	17	56,7
Sentimento em Relação ao Cuidado com o RN		
Medo	16	53,3
Insegurança	10	33,3
Amor	9	30,0
Felicidade	5	16,7
Nervosismo	4	13,3
Angústia	3	10,0
Confusão	2	6,7
Cansaço	2	6,7
Outros	9	30,0
Contribuição da ESF após a Alta Hospitalar		
Nenhuma	20	66,7
Pouca	7	23,3
Boa	3	10,0
Grau de Satisfação		
Insatisfeita	16	53,3
Satisfeita	6	20,0
Pouco Satisfeita	5	16,7
Não Procurei	3	10,0
Interferência da Família		
Sim	23	76,7
Não	7	23,3
Qual Interferência da Família		
Alimentação	16	53,3
Vestimentas	13	43,3
Banho	9	30,0
Cuidado	4	13,3
Saídas com o Bebê	3	10,0
Modo de Pegar o Bebê	3	10,0
Outra	8	26,7
Sentimento Relacionado à Interferência		
Positivo	10	33,3
Chateação	5	16,7
Raiva	4	13,3
Indecisão	3	10,0
Ruim	3	10,0
Insegura	2	6,7
Incômodo	2	6,7
Outro	3	10,0

5.2 Análise das Práticas e Crenças Parentais

Quanto às crenças e cuidados parentais, observou-se que as mães que fizeram parte desse estudo atribuíram maior significado às práticas e crenças relacionadas ao contato face a face, tendo como média 8,5 ($\pm 2,6$) (Tabela 5).

Tabela 5. Média e desvio padrão das práticas e crenças parentais, Guanambi/BA, 2017.

Crenças e práticas parentais	Média	DP
Cuidados Primários	6,4	3,0
Contato Corporal	6,4	1,5
Estimulação Corporal	6,8	0,8
Estimulação por Objetos	4,7	2,0
Contato Face a Face	8,5	2,6
Envelope Narrativo	4,1	0,6
Dimensões		
Social	7,4	1,9
Emocional	6,1	2,1
Disciplinar	4,8	0,8

Este sistema parental do contato face a face tem como característica o estabelecimento de vínculo através do contato visual entre o cuidador e o bebê com investimento parental didático e exclusivo. As trocas face a face são estimulantes e seguem as regras de pseudodiálogos carregados de afeto e percepção de contingência e constituem de eventos interacionais que estimulam a criança a informações cognitivas e sociais.

Outro sistema parental observado com relevância nesse estudo foi a estimulação corporal, com média 6,8 ($\pm 0,8$). Esse sistema se refere à comunicação corporal através de toque e movimentos motores e influencia a descoberta da auto-eficácia corporal em relação ao ambiente. A menor média foi relacionada ao envelope narrativo com valor de 4,1 ($\pm 0,6$). Esse sistema parental envolve a relação mãe e bebê através da fala; a mãe auxilia a apropriação cultural da concepção de *self* e do outro.

No que se refere às dimensões das práticas parentais, nota-se que a dimensão Social apresentou maior média 7,4 ($\pm 1,9$). Essa dimensão, que se relaciona com a apresentação da criança em público, denotou grande relevância para a maioria das mães do estudo. A menor média foi relacionada à dimensão disciplinar na qual a mãe mantém a criança sob controle rígido 4,8 ($\pm 0,8$).

A análise comparativa das orientações durante o período pré-natal e as práticas parentais revelou que as mães, que relataram terem sido orientadas durante esse período, optaram por práticas parentais referentes ao cuidado distal como o contato face a face.

A segunda maior média das práticas parentais foi relacionada à estimulação corporal (contato proximal), na qual se evidenciou através desse estudo que as mães que atribuíram maior importância à essa prática, não receberam as devidas orientações quanto ao cuidado do RNP pela equipe multiprofissional da ESF.

Quanto às práticas parentais cuidados primários e contato corporal, ambas classificadas como cuidado proximal, foi evidenciado que as mães que atribuíram maior significado a estas, relataram não ter tido acesso a todas as orientações no pré-natal para realização o cuidado ao seu filho.

No que se refere às práticas que tiveram menores médias como estimulação por objeto (4,7) e envelope narrativo (4,1), denominadas práticas de cuidado distal, foi possível observar que estas foram escolhidas pelas mães que não receberam orientações sobre o cuidado com o RNP durante o atendimento pela equipe da ESF.

Observou-se no estudo, que independente das mães terem sido orientadas ou não sobre o cuidado com o recém-nascido, elas atribuíram maior importância à dimensão social na qual está relacionada à apresentação apropriada da criança e sua relação com meio social. Todavia, julgaram menos importantes as práticas parentais que estão associadas à dimensão disciplinar, que intenta manter a criança sob controle rígido (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação do padrão das práticas e crenças parentais estratificadas pelas variáveis de orientações na ESF, Guanambi/BA, 2017.

Orientações na ESF	n	f(%)	Crenças e Práticas Parentais																										
			Cuidados Primários			Contato Corporal			Estimulação Corporal			Estimulação por Objeto			Contato Face a Face			Envelope Narrativo			Social			Emocional			Disciplinar		
			Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor
Visitas																													
Sim	9	30.0	5.9	0.8		5.7	1.7		6.8	1.6		4.1	1.9		10.0	0.0		3.5	2.1		7.1	1.7		6.4	0.9		4.5	1.7	
Não	21	70.0	6.7	1.0	0.0474*	6.7	1.5	0.1245	6.7	2.5	0.9698	4.9	1.9	0.3060	7.9	2.9	0.1033	4.4	1.8	0.2564	7.6	1.4	0.3592	5.9	1.4	0.3415	4.9	1.1	0.3688
Roupas do Bebê																													
Sim	5	16.7	6.2	0.9		5.3	1.3		5.9	0.8		3.1	1.8		10.0	0.0		1.8	1.1		6.7	2.1		5.7	0.9		4.3	1.7	
Não	25	83.3	6.5	1.0	0.6276	6.7	1.6	0.0722	6.9	2.4	0.2904	5.0	1.8	0.0427*	8.2	2.7	0.2657	4.6	1.6	0.0013*	7.6	1.3	0.2256	6.2	1.4	0.4554	4.9	1.2	0.3871
Amamentação																													
Sim	19	63.3	6.5	1.0		6.5	1.6		7.0	2.2		4.6	1.9		9.2	1.9		4.1	1.9		7.5	1.7		6.1	1.4		4.7	1.1	
Não	11	36.7	6.3	1.0	0.6418	6.3	1.7	0.8000	6.4	2.3	0.4704	4.7	2.0	0.8928	7.4	3.2	0.0281*	4.2	2.0	0.8589	7.5	1.0	0.9865	6.1	1.1	0.9962	5.0	1.6	0.4841
Aleitamento Exclusivo																													
Sim	22	73.3	6.5	1.0		6.2	1.7		6.7	2.2		4.4	2.0		9.1	2.0		3.8	2.0		7.5	1.5		6.1	1.4		4.7	1.1	
Não	8	26.7	6.4	1.1	0.8639	7.1	1.2	0.1773	6.8	2.6	0.9611	5.4	1.6	0.2116	7.0	3.5	0.0466*	4.9	1.4	0.1747	7.4	1.2	0.9263	6.2	1.2	0.8685	5.1	1.8	0.4917
Direito de Amamentar																													
Sim	18	60.0	6.6	1.0		6.2	1.7		6.7	2.2		4.2	1.9		8.9	2.1		3.6	1.9		7.5	1.8		5.8	1.4		4.7	1.4	
Não	12	40.0	6.2	0.9	0.2066	6.7	1.5	0.4058	6.9	2.5	0.8015	5.4	1.6	0.0759	8.0	3.1	0.3623	4.8	1.6	0.0983	7.5	0.8	0.7032	6.4	1.1	0.222	4.9	1.3	0.7451
Sono do Bebê																													
Sim	15	50.0	6.5	1.0		6.3	1.5		6.5	2.1		4.2	2.2		9.3	1.8		3.9	2.1		7.7	1.7		6.0	1.2		4.7	1.1	
Não	15	50.0	6.4	1.0	0.7727	6.6	1.7	0.5566	7.0	2.4	0.5263	5.1	1.5	0.2026	7.7	3.0	0.0441*	4.3	1.6	0.6334	7.2	1.2	0.4013	6.2	1.5	0.7106	4.9	1.5	0.6601
Choro do Bebê																													
Sim	6	20.0	6.4	0.7		5.6	1.5		5.3	1.7		3.1	1.9		8.3	2.6		2.8	2.5		7.1	2.1		5.1	1.2		4.3	1.5	
Não	24	80.0	6.5	1.1	0.8075	6.6	1.6	0.1754	7.1	2.3	0.0803	5.1	1.7	0.0163*	8.6	2.6	0.8355	4.4	1.6	0.0456*	7.6	1.3	0.5181	6.3	1.2	0.0423*	4.9	1.2	0.3292

Continuação da Tabela 6.

Orientações na ESF	n	f(%)	Crenças e Práticas Parentais																													
			Cuidados Primários			Contato Corporal			Estimulação Corporal			Estimulação por Objeto			Contato Face a Face			Envelope Narrativo			Social			Emocional			Disciplinar					
			Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor			
Banho de Sol																																
Sim	10	33.3	6.7	0.8		6.0	1.9		6.7	2.3		4.1	2.0		9.0	2.1		3.1	2.0		7.3	1.9		6.0	1.6		4.7	1.7		4.7	1.7	
Não	20	66.7	6.3	1.1	0.2967	6.7	1.4	0.2898	6.8	2.3	0.9155	4.9	1.8	0.2750	8.3	2.8	0.4914	4.6	1.6	0.0267*	7.6	1.2	0.6081	6.1	1.1	0.7412	4.8	1.1	0.8461			
Medicações																																
Sim	9	30.0	6.6	0.9		6.0	1.9		6.8	1.6		4.2	1.8		8.9	2.2		2.6	1.3		7.4	2.0		5.9	0.9		4.7	1.8		4.7	1.8	
Não	21	70.0	6.4	1.0	0.6818	6.6	1.5	0.3777	6.7	2.5	0.8877	4.9	2.0	0.4154	8.4	2.7	0.6282	4.8	1.7	0.0016*	7.5	1.2	0.7514	6.2	1.5	0.6636	4.8	1.1	0.7236			
Sinais de Alerta																																
Sim	2	6.7	6.8	0.4		7.0	1.6		7.7	3.3		4.4	2.6		10.0	0.0		2.0	1.4		6.1	3.9		7.0	3.2		3.0	1.4		3.0	1.4	
Não	28	93.3	6.4	1.0	0.4024	6.4	1.6	0.6167	6.7	2.2	0.5693	4.7	1.9	0.8080	8.4	2.6	0.0038*	4.3	1.8	0.1005	7.6	1.2	0.6799	6.0	1.2	0.7519	4.9	1.2	0.0412*			
Engasgo																																
Sim	10	33.3	6.9	0.6		6.8	1.9		6.2	2.3		4.2	2.0		9.0	2.1		3.5	2.4		7.1	2.0		5.8	1.6		4.7	1.7		4.7	1.7	
Não	20	66.7	6.2	1.1	0.0293*	6.3	1.4	0.3778	7.0	2.3	0.3684	4.9	1.8	0.3226	8.3	2.8	0.4914	4.4	1.5	0.2193	7.7	1.0	0.6129	6.2	1.2	0.4235	4.8	1.1	0.8461			
Nariz Entupido																																
Sim	9	30.0	6.9	0.6		6.8	1.7		7.3	1.9		4.6	2.1		9.4	1.7		3.1	2.1		7.4	2.0		6.4	1.4		4.8	1.7		4.8	1.7	
Não	21	70.0	6.2	1.1	0.0334*	6.3	1.6	0.4274	6.5	2.4	0.3744	4.7	1.9	0.9251	8.1	2.8	0.2090	4.5	1.6	0.0427*	7.5	1.2	0.7514	6.0	1.3	0.4426	4.8	1.1	0.9570			
Vacinas																																
Sim	25	83.3	6.5	0.9		6.4	1.7		6.7	2.2		4.8	1.9		8.8	2.2		4.1	1.9		7.6	1.5		6.2	1.1		4.7	1.2		4.7	1.2	
Não	5	16.7	6.0	1.2	0.2600	6.4	1.4	0.9566	6.8	2.9	0.9606	4.3	2.2	0.6203	7.2	4.1	0.2092	3.9	2.0	0.7983	6.9	0.7	0.3302	5.7	2.0	0.4783	5.1	1.8	0.6141			

5.3 Análise Qualitativa dos Discursos

A pesquisa possibilitou observar que a maioria dos sentimentos relatados pelas mães foi representada de forma negativa, sendo apenas amor e felicidade relatados positivamente quanto à experiência vivenciada no domicílio. Tal fato pode ser observado nos seguintes relatos:

“Foi muito emocionante. Não acreditava. Senti medo por ser prematuro, devido perda anterior. Tinha medo de perder novamente.” (E18)

“Senti muito medo de perder meu bebê. Fiquei muito ansiosa, nervosa e sobrecarregada!” (E16)

“Senti medo e cansaço por fazer tudo sozinha.” (E17)

“Fiquei com muito medo de não acertar cuidar dela, pois era muito pequena!” (E17)

“Achei muito difícil. Fiquei confusa. Parecia não sentir o mesmo amor como do primeiro. Me senti insegura e com medo!” (E10)

“Fiquei feliz por estar em casa, é um turbilhão de emoções, mas com medo por ser pequeno, medo dele engasgar. Por isso, não dormia. Minha mama rachou e ficou muito dolorida. Foi muito difícil!” (E05)

“Me senti totalmente perdida, sem saber o que fazer. Agi por instinto! As crianças não mamaram por falta de informação!” (E19)

“Foi muito difícil. Não fiquei feliz por ser gêmeas, fiquei nervosa, com raiva.” (E01)

“Senti preocupação por não ter o apoio do pai.” (E06)

“Não tinha medo, mas fiquei muito preocupada como seria em casa.” (E08)

“Senti felicidade. Foi gostoso. Senti muito amor, mas depois senti insegurança, medo de estar fazendo errado!” (E14)

A falta de contribuição da ESF e a ausência de visita domiciliar foram evidenciadas nos relatos a seguir:

“Não tive nenhuma contribuição, nem visita domiciliar. Apenas a ACS veio uma vez.” (E18)

“Foi feita uma visita que não foi de grande ajuda. Tive pouca contribuição.” (E19)

“Não tive contribuição. Só tive visita da ACS. Mas também não fui lá informar nada!” (E28)

“Não tive contribuição, pois não realizaram visita domiciliar!” (E06)

“Tive contribuição das vacinas, peso feito pelo ACS, sem visita domiciliar!” (E08)

“Não tive nenhuma ajuda. Eu que tive que me deslocar até a unidade.” (E11)

Observou-se que as mães passaram a responsabilidade do cuidado ao RNP em domicílio para as avós, por medo, insegurança e desconhecimento. Como pode ser percebido nos seguintes relatos:

“Eu não cuidei. Tinha medo de segurar, pois era muito pequeno.” (E05)

“Minha mãe cuidou no início. Eu tinha medo de deixar ele cair. Depois eu dei banho e realizei outros cuidados.” (E12)

“Tive muito medo de dar banho. Só dei banho depois de um tempo. Quando ele ficou maiorzinho!” (E13)

No que se refere à participação do pai no cuidado em domicílio, as mães relataram que estes raramente auxiliam no cuidado ao recém-nascido. Tal fato ficou evidente nos relatos a seguir:

“Meu marido não ajudou em nada. Ele disse que tinha medo. Então eu e minha mãe tivemos que cuidar!” (E25)

“O pai não pegava no bebê. Achava pequeno! Eu fazia tudo sozinha!” (E02)

“Meu marido nunca fez nada! Eu mesmo com dores e cansada tinha que fazer tudo! Ele falava que tinha medo!” (E17)

“Eu tive muito medo de deixar cair, então meus familiares e marido cuidaram e me entregavam para dar o peito. Só depois de quinze dias eu consegui cuidar. Ele era muito pequeno!” (E18)

“Meu marido ajudou pouco, quase nada. Só algumas vezes para trocar a fralda!” (E19)

“Nos primeiros dias eu tive a ajuda de minha cunhada e depois a minha mãe assumiu. Meu marido ajudou, mas nunca assumiu sozinho!” (E11)

Quanto ao sentimento relacionado à interferência do cuidado do recém-nascido em domicílio, a falas das mães evidenciaram sentimentos variados e que embora grande parte achasse positivo, estas, muitas vezes, vieram associadas a sentimentos negativos.

“Acho ruim. Fico com raiva, mas depois vejo que é para o bem.” (E24)

“Era positivo. Achei bom, mas às vezes ficava nervosa!” (E28)

“Às vezes aceitava, outras questionava. Às vezes vejo positivamente, outras não!” (E11)

“Senti segurança. Achei positivo a interferência da minha avó. Pois sempre que ela saía, eu ficava insegura!” (E10)

“Não ajuda e me deixa confusa com tanto palpite, pois são de pessoas que não são profissionais e isso causa insegurança.” (E19)

“Senti raiva, pois queria o melhor para meu filho!” (E18)

“Achei que minha mãe estava certa e que era bom!” (E25)

“Me senti chateada por algumas interferências, pois ninguém ajudava e ficava falando!” (E16)

“Achava bom, pois não sabia cuidar e ela já tinha cuidado de três, ela sabe!” (E06)

“Acho ruim, pois como mãe queria cuidar e outra pessoa fica falando!” (E14)

“Acho ótimo não ter interferência. Senti autonomia no cuidado, pois estava mais preparada que os outros.” (E08)

6 DISCUSSÃO

No que se refere às variáveis sociodemográficas e sua relação com a prematuridade, percebeu-se que as mães de recém-nascidos prematuros que participaram deste estudo apresentaram baixa renda, pouco acesso ao sistema de saúde e eram moradoras de áreas consideradas geográfica e economicamente menos favorecidas. Segundo Baseggio et al. (2017), o Brasil possui índices de nascimentos prematuros equivalentes a países de baixa renda. Para tanto, a literatura destaca como fatores de risco para a prematuridade as mesmas condições por nós encontradas (DANTAS et al., 2015).

O estudo realizado por Nunes e Pedrosa (2017) demonstrou que fatores como grau de escolaridade, estados físico e mental, ocupação e crenças dos pais possuem estreita relação com o modo de cuidar dos filhos, refletidos nas práticas parentais. Os estudos de Keller (2012) e Keller e Kartner (2013) evidenciaram que ambientes sociodemográficos específicos resultam em modelos culturais que influenciam o *self* da criança de modos subjetivos e particulares. Em cada um desses modelos, os cuidadores ressaltam distintas formas de autonomia e interação com a criança de forma a sensibilizar através de elementos específicos do ambiente social e não social (MACARINI; CREPALDI; VIEIRA, 2016).

Nos resultados obtidos nesta pesquisa, observou-se que embora as mães residissem em bairros periféricos e tinham baixa de escolaridade, a prática de cuidado distai (contato face a face) foi representada com maior valorização no grupo estudado. Tais dados se contrapõem os estudos de Macarani, Crepaldi e Vieira (2017), que reconhecem que as práticas parentais distais, práticas que através do distanciamento com o bebê, promove para a criança uma experiência de autonomia e separação, são utilizadas, principalmente, por cuidadores que apresentam grau de escolaridade alto e que residem em áreas com melhores condições de urbanização e industrialização. Tal fato não se aplica ao presente estudo, pois revelou que as mães moravam em bairros periféricos e de subsistência e as que apresentam grau de escolaridade de nível superior representavam apenas 6,7% da amostra, o que denota que embora o poder público tenha avançado na melhoria de vida para a população menos favorecida, tais ações são mais voltadas à infraestrutura dos ambientes urbanos.

No tocante ao cuidado dispensado ao RNP em domicílio, o estudo mostrou que a maioria foi cuidado por suas mães, entretanto as avós desempenharam grande parte desse

papel devido ao medo da mãe em manipular um bebê pequeno e frágil como referido nas falas das mães. Os pais por sua vez, não apareceram como cuidadores ou figuras relevantes na adoção das práticas parentais.

Segundo Cossul et al. (2015), a prematuridade caracteriza-se como fator de risco para o desenvolvimento infantil e apresenta maior risco de desenvolver distúrbios de linguagem, motricidade e aprendizagem. A influência da dinâmica familiar, do ambiente domiciliar e, especialmente, das práticas de cuidados parentais podem por muitas vezes dificultar ainda mais o desenvolvimento da criança prematura. Além disso, o tempo de hospitalização, o uso de incubadoras e o processo de luto do bebê, idealizado durante o período de gestação, representam um distanciamento dos pais para com o recém-nascido (BASEGGIO et al., 2017). Sobretudo, a ação do cuidar e a maternidade sempre estiveram vinculadas a figura feminina, cabendo a ela o papel histórico do desenvolvimento da criança a partir de práticas cotidianas de cuidar (PATIAS et al., 2014).

Quanto às falas das mães sobre o sentimento ao ter o RNP em domicílio, observou-se que a maioria delas sentiu medo e insegurança ao cuidar dos seus filhos. O estudo permitiu observar que embora as mães tenham realizado consultas de pré-natal, o tipo de informação recebida não as empoderaram para o cuidado dos seus bebês em domicílio. Todavia, observou-se que estas, em grande parte, não participaram de grupos de gestantes para a troca de experiências e orientações pertinentes ao processo de gestação e cuidados com o recém-nascido. Além do mais, as orientações recebidas foram constatadas no estudo que se referiram, principalmente, sobre temas como vacinas e aleitamento materno.

O cuidado ao RNP é vivenciado por diferentes percepções, por apresentar imaturidades tanto anatômicas quanto fisiológicas e por apresentar necessidades de cuidados especiais. Por isso, a sua chegada em domicílio representa uma dicotomia do mundo que por sua vez pode influenciar no surgimento de sentimentos distintos, como alegria e medo, relacionados ao cuidado de um ser frágil, vulnerável a intercorrências (FROTA et al., 2013). Quanto ao quantitativo de consultas de pré-natal, vale ressaltar que pelo fato do RN não chegar as 37 semanas de gestação, em alguns casos, não é possível alcançar ao quantitativo mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (DANTAS et al., 2015). No estudo, as mães, em sua totalidade, acharam que várias informações que não tiveram acesso no momento do pré-natal, são de grande importância para a melhoria da qualidade do cuidado em domicílio.

Segundo Corrêa et al. (2015), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) trouxe uma nova discussão sobre o acesso e qualidade da assistência prestada a mulher no ciclo gravídico-puerperal, como essencial ferramenta na garantia da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se como conduta básica da Estratégia de Saúde da Família num conjunto de ações que servem de suporte e acompanhamento às mulheres que se encontram nessa fase da vida. Zamperi e Erdmann (2010) destacaram estudos que indicaram que as consultas de pré-natal e grupos de gestantes são de grande relevância para o auxílio da assistência do RN em domicílio e devem adotar um caráter de promoção à saúde e prevenção riscos à saúde do binômio mãe e filho.

O presente estudo constatou que a metade das mães não teve nenhum profissional que promovesse o elo entre os cuidadores e a ESF e que o ACS representa ainda, entre os profissionais da unidade, a principal categoria que realiza essa busca ativa, sendo o enfermeiro mencionado apenas uma única vez. Embora seja preconizada, pelo Ministério da Saúde, que na primeira semana de saúde integral, a equipe multidisciplinar deva realizar a visita domiciliar para a primeira consulta após o nascimento, este fato não foi observado no nosso estudo. Isso porque, as falas das mães reforçaram a ausência da visita domiciliar por parte dos profissionais de nível superior locados nas referidas unidades, tendo apenas a visita por parte de alguns ACS, todavia, sem grandes contribuições. Adicionalmente, a pesquisa demonstrou que a maioria das entrevistadas está insatisfeita quanto aos serviços prestados pela ESF e que não teve nenhuma contribuição da equipe referente aos cuidados com o recém-nascido. E, por conseguinte, estas mães não se sentiram preparadas para cuidar dos seus filhos em casa.

Segundo Zani, Tonete e Parada (2014), cabe à equipe multidisciplinar realizar a visita domiciliar para promoção da saúde e prevenção de riscos à mãe e ao filho, logo na primeira semana de vida, preferencialmente, respeitando sempre suas crenças e valores no contexto dos cuidados prestados aos seus filhos em domicílio. Isso se justifica pelo fato da chegada de um bebê prematuro desencadear uma amplitude de sentimentos distintos que podem interferir no modo de cuidar (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Observou-se no estudo que o sentimento das mães para com a chegada do RNP, na grande maioria, é o medo por não saber cuidar do bebê devido ao tamanho, inexperiência ou conhecimento. Elas relataram ainda que se sentiam inseguras quanto à forma certa de cuidar, o que demonstra falta de preparação e orientação durante o pré-natal. Constatou-se que mesmo a mãe que sente a chegada do RNP com amor e felicidade,

experienciou também sentimentos negativos como raiva, angústia, chateação, indecisão e incômodo, ora por não saber cuidar, ora pelo momento frustrado de não vivenciar as expectativas sonhadas (BESAGGIO et al., 2017).

As mães do estudo relataram grande interferência na adoção das práticas parentais no domicílio e que as principais interferências estavam relacionadas à alimentação, vestimentas e banho. Partindo dessa premissa, as mães demonstraram sentimentos variados quanto a esta interferência. Todavia, na maioria das vezes, mesmo sentido positivamente, essas interferências ressaltaram certo incômodo em vivencia-las, seja por medo de cuidar de um ser tão frágil ou pelo simples fato de não ter conhecimento de como fazê-lo. Tais achados não condizem com estudos de Melca (2013) que mostraram que apesar da emancipação feminina, o cuidar dos filhos, historicamente, representou questão de gênero configurada no modelo patriarcal. A maternidade continua sendo, na contemporaneidade, um elemento forte da cultura feminina transmitido de geração para geração. O nascimento de um bebê representa um rito de passagem dos conhecimentos dos cuidados de mãe para filha. Destarte, as avós assumem ações de pleno significado que auxiliam a nova mãe a assimilar conhecimentos que atestam valores familiares imersos na matriz sócio histórica de cada indivíduo, transmitidos diante de contextos familiares. Assim, mães e pais consideram importante a atuação dos avós no apoio psicológico, além da contribuição com suas experiências de vida para resolver situações difíceis (MELCA, 2013).

Quantos às práticas, crenças e mitos que permeiam o cuidado parental, os resultados indicaram tendência das participantes para as práticas voltadas ao sistema parental distal, caracterizadas pelo contato face a face, no qual as crianças vivenciam a autonomia e separação. São caracterizadas por práticas de “conversar”, “explicar coisas”, “ouvir o que tem a dizer”, “responder perguntas” e “ficar frente a frente”, “olho no olho”. Estudo semelhante não corrobora com os nossos achados, uma vez que os principais apontamentos estão relacionados com cuidados primitivos como a principal prática adotada (MENDES; MOURA, 2013). Vale ressaltar que o estudo anterior avaliou mães em outros contextos sociais e urbanos. Todavia, Cossul (2015), descreveu em seu estudo que pais de crianças prematuras adotam a prática parental distal devido à crença de fragilidade relacionada à prematuridade.

O segundo e o terceiro sistemas que apresentaram maiores médias foram a estimulação corporal, os cuidados primários e contato corporal, respectivamente. A presente pesquisa nos permitiu observar que embora o contato corporal e os cuidados

primitivos sejam caracterizados como proximal, a valorização de cuidados distais pode estar relacionada ao contexto da prematuridade e às crenças, por parte da mãe, na fragilidade do recém-nascido. E ainda podemos observar que a combinação entre estes estilos, proximal e distal, abrange metas de socialização simultâneas para a autonomia e o relacionamento.

Os sistemas de “estimulação por objetos” e “envelope narrativo” obtiveram as menores médias. O que significa que às práticas parentais podem sofrer influência devido à condição da prematuridade ou pela percepção das mães por tais elementos como relevantes para o desenvolvimento infantil. Sobretudo, as alterações biológicas, de sono e vigília, possuem relação direta com o desenvolvimento cerebral e a aprendizagem e dificultam a adoção de práticas relacionadas à interação mãe e bebê, além da adoção de cuidados por parte da mãe de superproteção (COSSUL, 2015). O estudo de Silva e Magalhães (2011) revelou que as crenças e práticas das mães podem ser diferentes, pois estão relacionadas ao contexto em que vivem.

No que concerne às dimensões das práticas parentais apresentadas no estudo, observou-se que quanto maior a valorização da prática parental distal, menor o valor atribuído ao controle rígido disciplinar. Assim, quanto maior a valorização dada ao desenvolvimento da autonomia, maior a valorização nas práticas que referem à apresentação social.

Observou-se ainda neste estudo uma combinação entre estilo distal e proximal (contato face a face e estimulação corporal). Assim, evidenciou-se o modelo cultural denominado autônomo-relacional, no qual se refere às metas de socialização e autonomia simultaneamente (COSSUL, 2015).

Na análise comparativa entre as orientações recebidas e as práticas parentais, observou-se que as mães que receberam orientações quantos aos cuidados relacionados a práticas primitivas como alimentar e proteger, quando questionadas sobre a adoção das práticas do cuidado em domicílio, relataram o cuidado distal como a prática mais relevante, contrariando as orientações recebidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar. Guerreiro et al. (2014) relataram que há limitações nas práticas educativas desenvolvidas na atenção primária, pois adotam um modelo tradicional de transmissão de informação sem incentivo de diálogo e participação das mães, favorecendo o distanciamento das mães para autonomia e responsabilização do cuidado.

Outro aspecto, evidenciado no estudo, foi que as mães que não receberam orientação durante o pré-natal, optaram pelas práticas primitivas de cuidado proximal. O

qual se caracteriza como cuidado filogenético em que a mãe visa garantir a sobrevivência de sua prole. Adicionalmente, as mães, de um modo geral, valorizam as características voltadas à socialização como meta de desenvolvimento (PORTES et al., 2017). Constatou-se que independente das variáveis sociodemográficas ou tipo de prática parental, as mães do estudo demonstraram preocupação relacionada à apresentação da criança em público, evidenciada por maior valorização da dimensão social das práticas parentais.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo abordou as práticas e crenças que norteiam o cuidar do recém-nascido prematuro em domicílio, seu significado e como ele reflete na prática do cuidar do seu filho. Sobretudo, a influência do pré-natal como principal fonte de aprendizado para adoção de práticas do cuidado das mães residentes em bairros periféricos da cidade de Guanambi/BA.

O estudo permitiu identificar que as principais práticas parentais utilizadas pelas mães do estudo foram o contato face a face, caracterizado como cuidado distal. Observou-se no estudo que tal prática encontra-se associada à prematuridade e ao medo da mãe com o contato com o RNP, relacionados ao tamanho e fragilidade do concepto. Além disso, a interferência da avó na adoção dos cuidados favorece o afastamento da mãe para com o bebê na medida em que esta atribui os cuidados primários para a avó.

Adicionalmente, observou-se que quando as mães não são orientadas quanto aos cuidados essenciais aos seus filhos, elas adotam práticas de cuidado proximal numa tentativa de proteção da prole, mas caracterizado como cuidados filogenéticos. Entretanto, no grupo de mães que optaram por práticas do cuidado distal, foi observado que sua maioria recebeu orientações sobre os cuidados primários, o que leva ao entendimento que estas optaram pelo distanciamento devido a fatores novos, desconhecidos e inesperados como é o caso da prematuridade.

Quanto aos cuidados, o envelope narrativo e a estimulação por objetos não apareceram no estudo com grande relevância para as mães estudadas. Esse comportamento parece estar relacionado a pouca importância atribuída pelas mães aos elementos de tipo de fala e objetos como cruciais para o desenvolvimento infantil.

As variáveis sociodemográficas apresentaram no estudo como fator de risco para a prematuridade e, por sua vez, na adoção de estilos parentais relacionados a valores, crenças e contextos dos pais cuidadores da criança, evidenciados em circunstâncias individuais, históricas e sociais que influenciam o comportamento parental.

O principal cuidador do RNP em domicílio foi a mãe, e a avó aparece no estudo com grande representatividade. Este fato revela que o cuidado ainda nos tempos atuais representa uma questão de gênero, com a identidade feminina de provedora do ato de cuidar, inserida em uma sociedade patriarcal. Atrelada a responsabilidade do cuidado ao RNP, a pesquisa pode identificar que as mães experienciam vários sentimentos como medo, insegurança relacionados à chegada do bebê e a sua responsabilidade de prover esse cuidado e que tais sentimentos foram determinantes para a transferência das práticas

de cuidar para outras pessoas da família, especialmente a avó. O pai não aparece no estudo como provedor do cuidado; apenas em alguns casos esporádicos, exercendo pequenas funções como trocar a fralda.

O número de consultas de pré-natal não foi relevante para o estudo, visto que o fato da gestação não chegar às 37 semanas dificulta o alcance do quantitativo mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o que chama atenção é o fato de que a maioria não participou de grupos de apoio durante a gestação e, sobretudo as orientações recebidas não foram suficientes para o esclarecimento de dúvidas e adoção de práticas positivas de cuidado. Todavia, as mães entrevistadas conseguiram perceber a importância das orientações que não receberam durante o pré-natal para o desempenho das práticas de cuidado ao RNP no domicílio. Algumas relataram inclusive que agiram por “instinto”, por não terem tido acesso a informações importantes, como o cuidado com as mamas, por exemplo.

Quanto à busca ativa, o estudo permitiu constatar que não houve visita domiciliar ao RNP, mesmo sendo caracterizado na literatura e diretrizes do Ministério da Saúde como população de risco que necessita de cuidado prioritário. Percebe-se que na maioria dos casos as mães não visualizam nenhum profissional como elo entre a ESF e a família. Entretanto, o ACS aparece dentre os profissionais de saúde como o principal no reconhecimento desse vínculo.

As mães relataram não se sentirem preparadas para cuidar dos seus filhos em domicílio referentes às orientações da equipe multiprofissional da ESF e o medo aparece como principal sentimento relatado por elas quanto ao cuidado do seu filho. Por conseguinte, não consideram que a ESF contribuiu para o desenvolvimento do cuidado. Para tanto, compreenderam que o serviço não presta uma boa assistência referente a esse tipo de atenção, gerando um sentimento de insatisfação relacionada à falta de acesso. É importante ressaltar que o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e a família possibilita uma maior compreensão sobre as necessidades essenciais do RNP e por sua vez melhores planejamento e desenvolvimento do cuidado do RN em domicílio.

Os cuidados ao RNP refletem, no seio familiar, como um momento de apreensões e fragilidade e são associadas à falta de conhecimento das mães sobre o cuidado com seus filhos, podendo sofrer interferência da família sobre os estilos parentais. O estudo mostrou que as mães vivenciam a interferência referente ao cuidado e percebem essa interferência na maioria das vezes de forma positiva. Entretanto, sinalizaram não se sentirem muito confortáveis com o fato de não poder tomar as decisões sozinhas sobre o

que fazer com seus filhos. Assim, esse fato evidencia a relação história de gênero e passagem de conhecimentos sobre os cuidados com o bebê de mãe para filha e que, por vezes, por medo ou insegurança de um ser tão pequeno e frágil, acabam atribuindo a avó a responsabilidade dos cuidados parentais.

O estudo permitiu observar que o significado do cuidado do RNP para as mães está relacionado com o meio em que ela vive, suas crenças, costumes, expectativas e anseios, bem como o suporte e apoio recebido da família e equipe multiprofissional da ESF.

Observou-se nesse estudo a necessidade da elaboração de políticas públicas mais efetivas com a valorização dos sujeitos e adequação das ações de saúde relacionadas aos contextos sociais vivenciados para uma maior compreensão e participação desses no processo de decisão da prática do cuidar. Sentimentos como insegurança e medo, quanto ao desenvolvimento de práticas do cuidado ao filho, estão relacionados com a fragilidade da qualidade da assistência pré-natal. Outro aspecto relevante para a melhoria da assistência e efetivação das políticas públicas voltadas ao cuidado do recém-nascido prematuro é a necessidade de qualificação dos profissionais inseridos nas ESF e cumprimento das diretrizes que norteiam o trabalho da atenção primária à saúde relacionada ao acompanhamento da família e do RNP, orientações durante o pré-natal e visita domiciliar pela equipe multiprofissional.

Vale ressaltar que o aumento da demanda da ESF devido à expansão das Políticas Públicas e programas destinados à Atenção Primária acarretam mais atribuições administrativas e assistenciais destinadas aos profissionais inseridos nessas equipes, o que aumenta a sobrecarga de trabalho, fato que pode influenciar no cumprimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, é preciso pensar na reformulação das equipes multiprofissionais para maior aplicabilidade das Diretrizes estabelecidas e cumprimento dos direitos humanos e princípios do SUS garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Finalmente, observou-se ainda, carência de estudos publicados sobre crenças e práticas parentais no contexto da prematuridade no Brasil. Vale ressaltar a complexidade das relações familiares e as variáveis que influenciam nas práticas do cuidar no contexto em que se inserem. Assim, sugerem-se novos estudos a partir de diferentes enfoques metodológicos, grupos amostrais e esferas culturais para ampliar o conhecimento sobre as práticas parentais e sua relação com a forma de cuidar dos filhos prematuros em domicílio.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO: **Perfil de Guanambi-BA. Brasil**, 2010.

BARROSO, Ricardo G.; MACHADO, Carla. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. **Psychologica**, [S.l.], p. p. 211-229, jan. 2010. ISSN 1647-8606.

BASEGGIO, Denice Bortolin et al . Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. 2017

CONSSUL, Marisa Utzig.; et al. Crenças e práticas parentais no cuidado domiciliar da criança nascida prematura. **Reme: Ver. Min. Enferm.**19 (4):830-841,out.-dez.2015.

CORRÊA, Allana Reis et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**. v.19, n.4, p.629-34, Out-Dez 2015.

CUNHA, Ana Luiza da Costa et al. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. **Rev Rene**. v.15, n.1, p.45-51, jan-fev. 2014.

CUSTODIO, Natalia et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **REME - Rev Min Enferm**. v.17, n.4, p. 992-9, 2013.

DANTAS, Maihana Maíra et al. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta Colombiana de Psicología**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 129-138, oct. 2015. ISSN 0123-9155.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, p. 1205-1216, June 2013

ESTEVAM , D.C.M.; SILVA, J.D.D. . Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da uti neonatal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 15-24, jan./abr. 2016.

ESTEVEZ,Carolina Maroco et al. A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. **Psico**. 2013; 44(4):542-51.

FROTA, Mirna Albuquerque et al . Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 277-283, June 2013 .

GUERREIRO, Eryjocy Marculino et al . Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 13-21, fev. 2014 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil demográfico de Guanambi-BA**. <https://cidades.ibge.gov.br/>. Brasil, 2017.

LAWN, Joy E. et al.. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. **BMC Pregnancy Childbirth** . v.10, n. 1, 2014.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology, Archives of Psychology*, v.22, n.140, p55, 1932.

MACARINI, Samira Mafioletti; CREPALDI, Maria Aparecida; VIEIRA, Mauro Luis. A questão da parentalidade: contribuições para o trabalho do psicólogo na terapia de famílias com filhos pequenos. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 20, n. 2, p. 27-42, dez. 2016.

MELCA, Fátima Maria Azeredo. (2013). *Ser uma avó cuidadora-um estudo de casos*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

MELO, Pimentel, Mônica Cecília, et al. Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno-infantil. **Rev. APS**. v.18, n.4, p.492-99,2015.

MENDES, Maria Leal Fernandes; MOURA, Maria Lúcia Seidl de. **O envelope narrativo e o desenvolvimento do self: um estudo longitudinal com mães e bebês nos seis primeiros meses de vida**. *Interação Psicol*,p.37-46,jan/abr,2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

NUNES, Vinícius Humberto; PEROSA, Gimol Benzaquen. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, lócus de controle e atitudes parentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 191-200, Jan. 2017

PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo, et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**. v.21,n.1,p.106-12,2013.

PATIAS, Naiana Dapieve et al . O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: reflexões sobre relações de gênero. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 2, p. 45-62, dez. 2014 .

PINTO, Júlia Peres et al . Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 132-135, Feb. 2010 .

PORTES, João Rodrigo Maciel et al . Crenças parentais sobre os filhos com Síndrome de Down. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 69, n. 3, p. 208-223, 2017

PRAÇA, Neide Souza; BARALDI, Nayara Girardi. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. **Cienc Cuid Saude.** v.12, n.2, p.282-89, 2013

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI - BA. História de Guanambi. Guanambi, 2017.

RENOVA ENERGIA. Parque eólico: Projetos. Renova Energia. 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

SAVIANI-ZEOTI, Fernanda; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 32, n. 4, p. 675-683, Dec. 2015 .

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Hospital Regional de Guanambi. SESAB. Salvado-BA, 2018.

SCHOLZ, Ana Luíza Tomazetti et al . O exercício da parentalidade no contexto atual e o lugar da criança como protagonista. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 44, p. 15-22, dez. 2015 .

SILVA, Raimundo Arão; MAGALHAES, Celina Maria Colino. Crenças sobre práticas: estudo sobre mães primíparas de contexto urbano e não-urbano. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 39-50, 2011.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira et al . Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 409-416, Sept. 2015.

SOUZA, Katia Maria Oliveira.; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.**,v. 15, n.2, p.471-480, 2010.

SUIZZO, M. A. French parents' cultural models and childrearing beliefs. **International Journal of Behavioral Development.** v..26, p.297-307, 2002.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes. Geneva: 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Housing-implications for health. Report of WHO Consultation. Geneva, 1961, 70p.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, n. 3, p. 359-367, Sept. 2010 .

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato. Ela enxerga em ti o mundo: a experiência da maternidade pela primeira vez. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 4, p. 959-972, dez. 2015 .

ZANI, Adriana Valongo; TONETE, Vera Lucia Pamplona; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Cuidados a recém nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 8, n. 5, p. 1347-1356, 2014.

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO
DADOS DA CRIANÇA E DOS PAIS

Data:	Entrevistador:
Nome da Criança focal:	
Nascimento:	Idade:
Escola: regular () especial () Outros:	
Ocupação da mãe:	Idade:
Escolaridade da mãe:	
Ocupação do pai:	Idade:
Escolaridade do pai:	
Situação conjugal atual:	
Casados () Separados ()	
PAI: Re-casamento () União consensual estável ()	
MÃE: Re-casamento () União consensual estável ()	
OUTRO:	
Outros moradores e parentesco:	

Composição da Família

Número de Filhos:.....

Idade dos irmãos: () abaixo de 05 anos () entre 06 a 10 anos () e acima de dez

Na casa reside outras pessoas () primo/prima () enteado(a) () avós () tia(o)
 () outros () não se aplica

Residência da Família

A família reside em casa: () casa () apartamento () outro _____

A residência é: () própria () alugada () cedida () outros

A residência tem:

() água encanada () poço () esgoto () fossa () coleta de lixo
 () lixo a céu aberto () luz () Banheiro

A residência é feita de:

Bloco/ alvenaria madeira ambos outros

Quantos cômodos existem na casa?

um dois três quatro mais:

Quais os meios de condução que a família possui : bicicleta moto

carro outros _____

Qual o meio de comunicação usado pela família: telefone fixo telefonia móvel

orelhão outros _____

Alguém da família tem problemas de Saúde?

Sim Qual?..... Não

Qual o peso do seu filho ao nascer?

Com qual idade gestacional ele nasceu?.....

Quanto tempo ele ficou hospitalizado no hospital UTI?.....

Estratégia Saúde da Família:

Realizou consulta de pré- natal?

sim não

Se Sim. Quantas? _____

Participou de algum grupo de apoio

Sim Não

Se sim, houve por parte do profissional um momento de escuta?

sim não

Quais orientações recebidas quanto ao cuidado no domicílio

Visitas sim não

Roupas do bebê sim não

Amamentação sim não

Aleitamento exclusivo durante seis meses sim não

Direito de amamentar sim não

Sono e repouso do bebê sim

não

Choro do bebê sim não

Banho de sol sim não

Medicações sim não

Sinais de alerta sim não

Se sim. Quais?

Engasgo sim não

Nariz entupido sim não

Informação sobre vacinas sim

não

Quem foi orientado quanto aos cuidados do recém nascido

mãe pai avós
 outros _____

Como você classificaria o grau de importância dessas orientações para você e seu filho?.....

Quem foi o profissional que promoveu esse encontro?.....

Você se sente preparada para cuidar do seu filho em casa?

sim não

Diante disso como você descreve seu grau de satisfação desse serviço em sua comunidade?

Há interferência da família nos cuidados com o RNP?

sim não

Se sim. Quais? _____

**APÊNDICE II - QUESTÕES NORTEADORAS DA AVALIAÇÃO
QUALITATIVA**

- 1) Quem realiza os cuidados ao recém-nascido prematuro em casa (ex. banho, troca de fralda, colocar para dormir)?
- 2) Qual seu sentimento em relação ao cuidado com seu filho em casa?
- 3) Qual a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) após a alta hospitalar?
- 4) Qual seu sentimento relacionado a essa interferência?

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa intitulado **CRENÇAS E CUIDADOS PARENTAIS AO RECEM-NASCIDO PREMATURO: NO DISCURSO DAS PUERPERAS**. Meu nome é **Paula Luísa Lima Melo de Barros**, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, **mestranda em CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de você aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa Professor Dr. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva, nos telefones: (62) 981230110/ (62) 3946-1512, ou através do e-mail **marciocmed@gmail.com**. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Você como participante da pesquisa deve ficar ciente dos seguintes itens:

- I) A pesquisa tem como objetivo geral identificar as práticas, mitos e crenças que norteiam o cuidar do recém-nascido prematuro em domicílio e terá como pesquisadora responsável: Paula Luísa Lima Melo de Barros, do curso de Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde, no qual você poderá consultar com gratuidade, nas 24 horas e nos 7 dias da semana. A coleta de dados será realizada na unidade Básica de saúde de referência no momento da consulta de puericultura. Será utilizado um questionário individual.
- II) Você, como participante da pesquisa, não é obrigado a responder as perguntas contidas no instrumento de coleta dos dados da pesquisa.
- III) Você, como participante da pesquisa, tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico.
- IV) Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.
- V) A pesquisa oferece risco psíquico a você, como participante, que aceitar responder o questionário, devido a sua exposição e constrangimento quanto às questões referentes aos cuidados de seus filhos.
- VI) Você, como participante da pesquisa, que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

VII) Para minimizar o risco de constrangimento, os questionários serão entregues em uma sala privada e será conduzido pelo pesquisador.

VIII) Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando a você, participante, a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; para garantir o seu anonimato será adotado o uso de pseudônimos;

IX) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos seus dados pessoais.

X) Você, como participante da pesquisa, poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com a exclusão das informações prestadas, sem que você seja submetido (a) a qualquer penalização, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Você será indenizado por qualquer dano decorrente da participação na pesquisa.

XI) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas a sua assinatura e do pesquisador. Também constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas sua e do pesquisador.

XII) Caso você desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com o pesquisador responsável ou pesquisadora assistente para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Declaro estar ciente que terei meu anonimato garantido, bem como minha imagem e identidade protegida, assino este termo de consentimento, ficando comigo uma cópia do mesmo. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____

_____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Guanambi, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Entrevistado (a): _____.

Assinatura do (a) Pesquisador (a): _____.

Endereço para contato:

**APÊNDICE IV - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES
DO ESTUDO, GUANAMBI/BA, 2017**

Complemento da Tabela 1.

Variáveis	<i>n</i>	<i>f(%)</i>
Tipo de Residência		
Casa	30	100,0
A Residência é		
Própria	28	93,3
Cedida	2	6,7
A Residência tem		
Água Encanada	30	100,0
Esgoto	30	100,0
Coleta de lixo	30	100,0
Luz	30	100,0
Banheiro	30	100,0
Poço	2	6,7
Fossa	1	3,3
Lixo a céu aberto	0	0,0
A Residência é feita de		
Bloco/Alvenaria	30	100,0
Número de Cômodos		
Três	1	3,3
Quatro	11	36,7
Cinco	18	60,0
Meio de Condução		
Moto	14	46,7
A pé	10	33,3
Carro	9	30,0
Outros	1	3,3
Bicicleta	1	3,3
Meio de Comunicação		
Telefone Móvel	29	96,7
Telefone Fixo	1	3,3
Outros	1	3,3

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTERAIS SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS

Instruções:

É necessário que pense em seus filhos e só depois marque com um X o número que corresponde a medida de intensidade que as práticas são importantes para você no cuidar de seus filhos. Destaque: “**Não existe resposta certa ou errada**”: a mesma deverá ser segundo o que você classifica como melhor no cuidado, mesmo que atualmente essas ações hoje não sejam realizadas com ele(s).

ITENS	Nunca	Às vezes	Sempre
	01	05	10
1. Estimular a criança a brincar com outras de costumes diferentes.			
2. Estimular a criança a brincar com outras de diferentes classes sociais.			
3. Deixar a criança brincar com outras da mesma idade.			
4. Chamar a atenção do bebê para objetos.			
5. Estimular a criança a desenvolver suas preferências.			
6. Ensinar a criança a dividir seus brinquedos com as outras.			
7. Estimular a criança a brincar em grupo de crianças.			
8. Estimular a criança a brincar sozinha.			
9. Oferecer ao bebê brinquedos que estimulem seus sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar).			
10. Chamar a atenção do bebê para interagir com as pessoas.			
11. Ler histórias para a criança.			
12. Conversar bastante com a criança.			
13. Dividir entre o pai e a mãe os cuidados com a criança.			
14. Fazer com que a criança prove diferentes alimentos.			
15. Fazer com que a criança brinque tanto com brinquedos de meninas como de meninos.			
16. Fazer massagem no bebê.			
17. Não deixar que a criança coloque coisas sujas na boca.			
18. Não deixar que a criança veja os pais brigando.			
19. Trocar a fralda da criança antes de colocá-la para dormir.			
20. Dar banho na criança todos os dias			
21. Ensinar a criança a cumprimentar e a agradecer.			

ITENS	Nunca	Às vezes	Sempre
	01	05	10
22. Ensinar a criança a se comportar fora de casa.			
23. Fazer sopinhas ou papinhas (mingaus) para o bebê.			
24. Intervir para resolver uma discussão ou briga entre a criança e outra da mesma idade.			
25. Amamentar o bebê no peito até seis meses.			
26. Pegar o bebê no colo logo que ele comece a chorar.			
27. Higiene oral com água do filtro e gaze/fralda limpa			
28. Não viver apenas em função da criança.			
29. Desenvolver uma ligação afetiva forte com o bebê (ficar muito ligado a ele).			
30. Não deixar que a criança se torne muito dependente da mãe.			
31. Ser muito tolerante com a criança.			
32. Nunca bater na criança.			
33. Nunca gritar com a criança quando estiver com raiva.			
34. Deixar o bebê chorar um pouco antes de pegá-lo no colo (se ele não estiver com fome ou doente).			
35. Alimentar o bebê quando ele demonstrar que está com fome.			
36. Respeitar o ritmo natural do bebê para comer e dormir.			
37. Ensinar a criança a não chorar em público.			
38. Não deixar o bebê sozinho mesmo que seja para uma saída rápida por perto.			
39. Treinar para usar o piquinho o mais cedo possível.			
40. Deixar a criança provar um gole de bebida alcoólica numa ocasião especial.			
41. Bater na criança quando ela fizer alguma coisa errada.			
42. Estimular a criança a brincar com jogos que envolvem competição.			
43. Deixar o bebê dormir com os pais (na mesma cama, colchonete, rede etc.).			
44. Criar a criança com crenças religiosas.			
45. Nunca deixar alguém de fora da família tomar conta do bebê.			
46. Utilizar uma voz diferente, tipo de criança, para falar com o bebê.			
47. Dar chupeta (bico) para o bebê.			
48. Levar a criança para comer fora de casa. (lanchonetes, restaurantes, casas de parentes e outras pessoas etc.).			