



Dimensão sociocultural de pais de prematuros egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Sociocultural dimension of parents of premature infants discharged from a neonatal intensive care unit

Dimensión sociocultural de padres de prematuros egresos de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Isis Vanessa Nazareth¹, Inês Maria Meneses dos Santos²

Objetivou-se identificar e analisar as dimensões culturais e sociais de pais de prematuros egressos de unidades de terapia intensiva neonatal. Estudo qualitativo e descritivo, baseado na etnoenfermagem e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, com 12 participantes. O cenário foi um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre novembro/2012 e abril/2013, através de questionário socioeconômico-cultural e da observação-participação-reflexão. Análise baseada na etnoenfermagem e utilização do *software* atlas-ti permitiram encontrar a categoria analítica: a estrutura sociocultural de pais de egressos de unidades de terapia intensiva neonatal. Resultados devem ser usados na promoção de uma assistência culturalmente pertinente e que respeite o saber popular de pais ao cuidarem dos filhos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal.

Descritores: Enfermagem Neonatal; Enfermagem Transcultural; Prematuro; Saúde da Criança.

This study aimed at identifying and analyzing the social and cultural dimensions of parents of premature infants discharged from neonatal intensive care units. It is a qualitative and descriptive study, based on ethno-nursing and in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care with 12 participants. The setting was a university hospital in the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Data collection occurred between November, 2012 and April, 2013, through a social economic and cultural questionnaire and from the observation, participation and reflection. The analysis based on ethno-nursing and on the use of Atlas-ti software allowed to find the analytical category: the sociocultural structure of parents of premature infants discharged from a neonatal intensive care unit. Results should be used to promote a culturally relevant care and respecting the popular knowledge of parents while taking care of the children discharged from neonatal intensive care units.

Descriptors: Neonatal Nursing; Transcultural Nursing; Infant, Premature; Child Health.

Los objetivos fueron identificar y analizar las dimensiones sociales y culturales de padres de prematuros egresos de unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio cualitativo, descriptivo, basado en etnoenfermería y en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, con 12 participantes. El escenario fue un hospital universitario de la ciudad de Río de Janeiro, RJ, Brasil. La recolección de datos ocurrió entre entre noviembre/2012 y abril/2013, a través de cuestionario socioeconómico cultural y observación-participación-reflexión. Análisis basado en etnoenfermería y utilización del *software* atlas-ti permitió encontrar la categoría analítica: la estructura sociocultural de padres de egresos de unidades de cuidados intensivos neonatales. Resultados deben ser utilizados para promover una atención culturalmente pertinente y que respete el saber popular de padres al cuidar de hijos egresos de unidades de cuidados intensivos neonatales.

Descriptores: Enfermería Neonatal; Enfermería Transcultural; Prematuro; Salud del Niño.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Inês Maria Meneses dos Santos
Av. Pasteur, 296 - Urca - CEP: 22290-240. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: inesmeneses@gmail.com

Introdução

Este estudo tem por temática cultura parental. Cultura é conceituada como os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações⁽¹⁻²⁾.

Os fatores culturais que envolvem a estrutura familiar remete ao entendimento que os pais têm ideias sobre os cuidados com os filhos quando eles ainda estão intra-útero, isto é explícito na maneira como imaginam direcionar a criação deles, controlar o comportamento e influenciar para bom futuro⁽²⁻³⁾.

Apesar de a criança idealizada ser perdida pelos pais após o parto prematuro, a maneira como se cuida de outra pessoa, neste caso pais com filho prematuro, e se percebe a doença ou a deficiência depende além de outros fatores, das dimensões culturais e das estruturas sociais do indivíduo no contexto envolvido, pois essas impulsionam o ser a construir suas atitudes, refletindo suas escolhas e conseqüentemente na maneira que passam sua visão de mundo entre as gerações, principalmente para seus filhos⁽²⁻³⁾.

Embora evidente que as práticas culturais parentais permeiam e influenciam o desenvolvimento de crianças saudáveis como das crianças com alterações biológicas, pouco se conhece sobre suas especificidades (práticas tipicamente empregadas no cuidado com as crianças) e suas influências⁽²⁾. Quando a vida da criança prossegue no domicílio pouco se conhece acerca da realidade da família que irá cuidar dela, tampouco se sabe sobre as habilidades cognitivas das mães e como elas prestarão cuidados a essas crianças⁽¹⁻³⁾.

Entendendo que os pais de crianças nascidas prematuras formam um grupo cultural que deve ser valorizado por possuírem experiências particulares que dão significado as expressões humanas, interpretações e interações sociais, torna-se importante reali-

zar pesquisas envolvendo os fatores culturais e sociais de pais de nascidos prematuros egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal levando em consideração as diversas dimensões culturais e sociais relacionando-as a elementos da dinâmica do contexto do desenvolvimento infantil, entendendo os aspectos do comportamento (práticas familiares) e as representações (dimensões culturais e sociais) como inseparáveis deste fenômeno⁽¹⁻³⁾.

Considerando que o contexto ambiental de pais com filhos que nasceram prematuramente e são egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal compartilham conhecimentos e valores, a presente investigação tem como objetivo de estudo: Identificar e analisar os fatores culturais e sociais dos pais de filhos prematuros egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Método

Estudo descritivo de natureza qualitativa baseado no método da etnoenfermagem e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da teórica Madeleine Leininger. Realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro. Teve-se como sujeitos 12 pessoas, sendo nove mães de crianças nascidas prematuras egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, dois casais e um pai. A participação somente do pai foi ocasionada pelo óbito materno no momento do parto.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2012 a abril de 2013. Os critérios de inclusão foram mães e/ou pais de crianças com até 24 meses de idade; nascidas prematuras de ambos os sexos; permanência de internação por um período igual ou superior a sete dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, convivência em ambiente familiar. Os critérios de exclusão foram crianças moradoras de abrigos, cujos cuidados eram dispensados por outras pessoas.

Para viabilizar a coleta de dado foi necessário desenvolver os seguintes capacitadores (facilitadores):

O capacitador (modelo) Sunrise (questionário sócio-econômico-cultural) e o capacitador Observação-Participação-Reflexão⁽²⁾.

A análise de dados qualitativos torna-se atividade intensiva exigindo do pesquisador criatividade, reflexão, sensibilidade e trabalho árduo, pois ela não acontece de forma linear, mas de forma complexa e instigante para todos⁽⁴⁾. Baseado nesta premissa, esta análise foi fundamentada na etnoenfermagem sendo dividida em quatro fases.

Na fase I houve coleta, descrição, registro e início da análise dos dados relativos aos objetivos e domínio de inquirição, neste caso cultura parental. Na fase II houve a identificação e categorização de narradores a partir da utilização do software Atlas-ti (Qualitative Research and Solutions - Non-numeric Unstructured Data - index, Searching and Theorizing). Este software é utilizado para análise de dados qualitativos permitindo o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos, bem como possibilita reunir dados e realizar interpretações relevantes⁽⁵⁾.

Na fase III realizou-se a análise contextual e na última fase (IV) foi requerida a síntese de pensamento, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. Esta fase permitiu a criação através do software Atlas-ti o agrupamento: Pós alta/Ambiente domiciliar/Família (Figura 1).

Agrupamento: Pós alta/Ambiente domiciliar/Família	
Apoio da família	Dificuldade financeira/alto custo do leite
Falta da mãe/pai do bebê	Alta/aprender a cuidar/conhecer o filho
Parar de trabalhar	Restringir visita/não poder beijar
Falta de ajuda familiar	Voltar a trabalhar/filhos na creche/cuidadores
Como se não fosse prematuro	Noites sem dormir
Ninguém me conhece melhor que meu filho	Descriminação pelo excesso do cuidado
Opinião dos outros	Cuidar sozinho/ele precisa de mim
Insegurança/medo de quebrar	Cuidado é maior por ser prematuro/pequeno
Limpeza e adaptação da casa/limpeza utensílios do bebê	Ensinaamentos através das gerações/simpatias/superstições
Deus: Apego, lição, vontade	Mudança de vida/ele é tudo na minha vida

Figura 1 - Atlas-ti: Agrupamento 1- Pós alta/Ambiente domiciliar/Família

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tendo parecer aprovado sem ressalvas sob protocolo nº 109.934. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo ao participante. Para garantir o anonimato dos entrevistados, substituímos seus nomes pela letra - P seguido por uma numeração, por exemplo - P1.

Resultados

Foram construídas descrições que apresentam a dimensão da estrutura social e cultural de nove mães (P1 a P9), dois casais (P10 e P11) e um pai (P3) envolvido no contexto ambiental.

Os fatores relacionados aos modos de vida, econômicos e educacionais encontram-se na Figura 2.

Em relação à escolaridade, foram observados pais que informaram estudo do ensino fundamental incompleto ao superior incompleto. Ao serem questionados sobre a interrupção à escola, a gravidez foi apontada como a principal barreira para a permanência na instituição.

Constatou-se famílias (P11, P5, P2, P3) com reduzidos recursos financeiros e, são exatamente aquelas que relataram reinternações e frequentes agravos à saúde dos filhos.

O segundo fator observado foi o tecnológico e o fator religião e filosofia (Figura 3). Para observar a tecnologia na sociedade é necessário conhecer o meio social onde essas pessoas vivem⁽¹⁾, destacando-se as tecnologias, como: energia elétrica; fornecimento de água tratada e rede de coleta de esgoto (saneamento básico), meio de transporte público (ônibus), privado (carro) ou alternativo (van). Ainda, foram inqueridos sobre os “aparelhos” que foram adquiridos após alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Outro item analisado, refere-se à religião em que os participantes foram educados e aquela que professam atualmente. Estes são considerados dados relevantes para estudos focados na questão cultural e social.

Participantes	Nº de morador na casa	Nº de cômodos	Renda familiar	Fonte de renda	Escolaridade/Ensino	Motivo interrupção dos estudos
P1	10	5	1.100	Casal, irmã	Médio completo	Gravidez
P2	4	3	370	Própria	Fundamental completo	Gravidez
P3	2	1	470	Própria	Fundamental completo	Necessidade de trabalhar
P4	9	6	1.000	Pais, irmão	Médio incompleto	-
P5	3	3	450	Companheiro	Fundamental incompleto	Expulsão escolar
P6	8	4	670	Mãe	Fundamental incompleto	Opção
P7	5	4	640	Companheiro	Médio incompleto	Gravidez
P8	8	3	670	Companheiro	Médio incompleto	Gravidez
P9	6	4	950	Casal	Fundamental incompleto	Necessidade de trabalhar
P10	7	4	800	Companheiro	Médio incompleto	Gravidez
P11	5	6	470	Companheiro	Médio completo	Gravidez
P12	2	3	690	Companheiro	Superior incompleto	Gravidez

Figura 2 - Perfil socioeconômico-cultural: fatores culturais, modo de vida, econômicos e educacionais

Participantes	Energia elétrica ¹	Saneamento básico ²	Forma de transporte ³	Aparelhos adquiridos ⁴	Religião que foi criada	Religião atual
P1	Sim	Sim	Ônibus	Termômetro	Católica	Católica
P2	Não	Não	Ônibus	Nebulizador e termômetro	Evangélica	Nenhuma
P3	Sim	Sim	Ônibus, van	Termômetro, Som, liquidificador, ferro de passar e <i>Digital Versatile Disc</i>	Nenhuma	Evangélico
P4	Sim	Sim	Ônibus e carro	Termômetro	Evangélica	Nenhuma
P5	Não	Não	A pé	Termômetro e nebulizador	Católica	Nenhuma
P6		Não	Ônibus	Filtro para água e nebulizador	Católica	Católica não praticante
P7	Sim	Sim	Ônibus	Termômetro	Católica	Católica não praticante
P8	Sim	Sim	Ônibus, carro	Termômetro e nebulizador	Católica	Nenhuma
P9	Não	Sim	Van	-	Católica	Evangélica
P10	Sim	Sim	Ônibus	-	Católica	Católica
P11	Sim	Sim	Ônibus	Microondas, liquidificador, termômetro e nebulizador	Católica	Católica
P12	Não	Sim	Van	Filtro para água	Evangélica	Evangélica

¹Pagavam fatura de energia elétrica; ²Pagavam fatura de abastecimento de água; ³Meio de transporte mais utilizado; ⁴Adquiridos para uso da criança

Figura 3 - Perfil socioeconômico-cultural: fatores tecnológicos e fator religião e filosofia

No relacionado ao fator modo de vida, a Figura 4 apresenta os hábitos diurnos e noturnos do pai ou da mãe dos recém-nascidos prematuros, os quais são necessários para o entendimento da dinâmica familiar no contexto domiciliar.

Identificação	Hábitos diurnos	Hábitos noturnos
P1	Mãe: Trabalho Filho: Creche, fisioterapia	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Sono irregular
P2	Mãe: Trabalha Filho: Aos cuidados da tia	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Sono irregular
P3	Pai: Trabalha Filho: Aos cuidados da babá, dorme	Pai: Afazeres domésticos Filho: Sono irregular
P4	Mãe: Vai à escola Filho: Aos cuidados dos avós	Mãe: Sai com parceiro Filho: Sono Irregular
P5	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme e vê televisão	Mãe: Bom padrão de sono Filho: Dorme noite inteira
P6	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme de manhã e a tarde	Mãe: Cuida dos filhos, acorda na madrugada de 3/3h Filho: Sono irregular
P7	Mãe: Afazeres domésticos, dorme Filho: Dorme	Mãe: Não dome para cuidar do filho Filho: Sono irregular
P8	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme	Mãe: Estudo com os filhos Filho: Dorme às 22h
P9	Mãe: Trabalha Filho: Aos cuidados da tia	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Bom padrão de sono
P10	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme à tarde	Mãe: Cuida dos filhos Filho: Bom padrão de sono
P11	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Aos cuidados da avó	Mãe: Cuida do filho Filho: Bom padrão de sono
P12	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme à tarde	Mãe: Vai à igreja Filho: Sono irregular

Figura 4 - Perfil socioeconômico-cultural: fator modo de vida

No fator modo de vida atenta-se que durante o dia três mães e o pai trabalham fora de casa, sendo que as demais mulheres se ocupam com afazeres domésticos no próprio domicílio e uma frequenta

a escola. Em relação às crianças, seis possuem cuidados alternativos durante o dia, sendo que um (01) permanece na creche, um (01) fica sob a responsabilidade da babá e quatro são cuidados por parentes.

Após os resultados apresentados no agrupamento 'Pós alta/Ambiente Domiciliar/Família' (figura 1) e as figuras (dois a quatro) codificou-se uma categoria analítica: A estrutura sociocultural dos pais do egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Discussão

A análise do primeiro nível do Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural facilita a leitura de como os modos de vida influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais que por sua vez impulsionam o indivíduo a construir suas atitudes, refletindo nas suas escolhas e consequentemente na maneira que passam sua visão de mundo entre as gerações, principalmente para os filhos⁽¹⁻²⁾.

Categoria Analítica: A estrutura sociocultural dos pais do egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Percebe-se que a maioria das crianças reside em casas com poucos cômodos, dividindo o espaço com até dez pessoas, o que favorece um cotidiano multifacetado, marcado por conflitos e circunstâncias constrangedoras. Ressalta-se ainda, que as crianças estão expostas a insalubridade, uma vez que oito mães relataram habitar em favelas onde as casas são unidas umas às outras, o que impede ventilação adequada e penetração da luz solar, fatores de riscos para agravos de doenças respiratórias⁽⁶⁾.

Casos como estes, cujas famílias são numerosas e que convivem em reduzidos espaços habitacionais, determinam diluição da renda e consequente

instabilidade social. A renda de uma família tem um peso grande na maneira como os filhos são cuidados. É o poder econômico que determina, entre outras coisas, o poder de compra de alimentos, de vestuário e medicamentos para as crianças. Esses aspectos impactam diretamente na qualidade de vida infantil e de suas famílias^(2,7).

O pouco espaço disponível faz com que as crianças durmam junto com os pais, principalmente nas residências habitadas por mais de um casal, como citam três mulheres. Outras duas mães disseram colocar seus filhos para dormir no carrinho, e o pai afirmou utilizar colchão no chão para a criança dormir.

Observa-se que sete das 12 entrevistadas dependiam da renda de outras pessoas da família, sejam eles companheiros, pai, mãe, tia ou irmão. Sendo que quatro mulheres e um pai criam seus filhos com renda mensal inferior a um salário mínimo, considerando que o salário mínimo à época da entrevista era de R\$ 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais).

A situação de extrema pobreza familiar pode gerar a inserção precoce de crianças no mercado de trabalho introduzindo-lhes senso de responsabilidade fora de seu tempo⁽⁷⁻⁹⁾. Cria-se círculo vicioso que atravessa gerações e perpetua a exclusão social de crianças pobres e suas famílias. Estes dados, não são únicos e sequer estão imunes a distorções, mas servem como mais um elemento no processo de apreciação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, para a mobilização de recursos e de vontade política, na descentralização e municipalização das políticas e dos serviços destinados à infância⁽⁷⁻⁹⁾.

Esta pesquisa também colheu informações sobre a escolaridade dos participantes, dado importante e influenciador do cuidado aos filhos⁽¹⁾. Havia participantes com pouca escolaridade e este fator pode acarretar situação de vulnerabilidade nas crianças na primeira infância, visto que o tempo de estudo está intimamente relacionado às habilidades cognitivas que são utilizados para estimular seus filhos. A escolaridade dos pais condiciona as chances

de escolarização de seus filhos e a própria ambiência cultural da família⁽⁸⁾. A escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária⁽⁸⁻⁹⁾.

Dispor de energia elétrica na residência é indicativo de fator tecnológico em uma sociedade. Entrevistaram-se participantes que moram em comunidades sem infraestrutura – abastecimento de água, esgoto sanitário, vias pavimentadas, iluminação pública. Ao ser questionado sobre luz na residência, todos afirmaram ter, porém quatro deles relataram não pagar fatura de rede elétrica e são abastecidos por ligações clandestinas, inclusive declararam habitar em construções precárias situadas em áreas de risco.

A vulnerabilidade da saúde das famílias que possuem crianças nascidas prematuras é também refletida através da falta de rede de fornecimento de água tratada e rede de esgoto que conduz a péssimas condições de limpeza ao ambiente doméstico. Isto tem como consequência a proliferação de insetos e roedores que atuam como vetores de doenças infecto-parasitárias, gerando situações prejudiciais à saúde e de risco ao desenvolvimento infantil⁽⁸⁾. O despejo do esgoto doméstico inadequado amplia os riscos de exposições das casas nas áreas do próprio domicílio.

O acompanhamento de saúde do filho é o principal motivo para que os participantes venham a utilizar o transporte público. Houve relatos sobre dificuldades para acesso ao transporte por conta de dificuldades financeiras, inclusive P6 relata que gostaria de levar seu filho para ser acompanhado mais próximo de sua casa, porque além de ser economicamente mais viável, não deixaria suas outras filhas sozinhas em casa durante o dia e não ficaria sem se alimentar por muitas horas, já que não possui condições financeiras para comprar alimentos em restaurante e lanchonetes. Entretanto o hospital do seu bairro não oferecia o serviço de neurologia para acompanhar o seu filho que nasceu com hidrocefalia.

É comum o entendimento de que basta se disponibilizar os serviços de saúde que concomitantemente o acesso aos mesmos se dá por consequência. Porém, isso nem sempre ocorre, pois o acesso a esses serviços no Brasil está fortemente vinculado a problemas econômicos e geográficos, sendo que este último, não significa somente dificuldades geográficas naturais, como as distâncias entre o domicílio e o local onde serviços de saúde são disponibilizados, agregam-se aqui a oferta de transportes públicos, o custo e o tempo de viagem⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Em relação aos aparelhos adquiridos foram considerados somente aqueles que os entrevistados tiveram necessidade de obter após a alta hospitalar da criança. Dentre eles destacam-se: termômetro, nebulizador, filtro, aparelho de som, liquidificador, ferro, *Digital Versatile Disc*, microondas.

Ao receber alta o egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal necessitou de nebulizador, pode apresentar problemas respiratórios como cansaço, tosse ou de sibilos, com indicação de uso de bronco dilatador.

A compra do som e do *Digital Versatile Disc* foi realizada pelo pai de P3 para que na sua ausência o filho ouvisse gravações de mensagens deixadas por ele e assistisse vídeos interativos. A preocupação deste pai é com o desenvolvimento do seu filho, tanto no que diz respeito a deixar fitas gravadas com a sua voz para que a criança saiba reconhecê-la, quanto a que se refere ao uso do *Digital Versatile Disc* que pode oferecer possibilidades lúdicas de aprendizado.

Oito mulheres informaram que foram criadas na religião católica, três foram criadas na religião evangélica e apenas o pai não foi criado em nenhuma religião. Mas, atualmente, três mulheres se disseram católicas e duas disseram ser evangélicas, inclusive o participante pai. Isso quer dizer que duas são católicas não praticantes, uma mudou de religião tornar evangélica, três alegaram não ter religião e o pai atualmente frequenta cultos evangélicos.

A religião influencia nos cuidados e desenvolvimento dos filhos, pois, essas crenças

frequentemente direcionam o cuidado popular na alimentação, hábitos de vida e no processo saúde-doença da criança^(1,12); deste modo as mulheres e o pai verbalizaram a busca de ajuda através da religião, inclusive para criar os filhos “no caminho certo” como cita P3 e P12.

Durante a entrevista foi observado que a maioria dos participantes pretende criar os filhos na religião que frequentam atualmente. Sendo que P6 e P7 intencionam voltar a serem católicas praticantes para acompanhar seus filhos no cristianismo, e P4 e P5 dizem que se propõe a criar seus filhos na religião em que foram criadas: evangélica e católica, respectivamente. Isto comprova que os significados de vida podem ser transmitidos historicamente, determinando a cultura de um povo, por meio da qual as mães e pais desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. Como construção social, a religião possibilita modo de ver o mundo, vivenciá-lo cognitivamente e emocionalmente, influenciando atitudes maternas para criar e estimular o desenvolvimento saudável de seus filhos^(1,12).

Diante dos hábitos diários apresentados, verifica-se que cinco deles recebem cuidados alternativos ou seja, formas de cuidados não-parentais⁽¹³⁾. A entrada de bebês em cuidados alternativos, especialmente durante o primeiro ano de vida, tem gerado controvérsias no meio científico, pois implica em separações diárias do bebê de sua mãe enquanto ele ainda é muito pequeno. Além disso, a interação mãe-criança, inicialmente restrita ao espaço domiciliar, onde há maior intimidade e exclusividade, acaba afetada quando ocorre separação frequente da mãe, afetando o desenvolvimento ao longo da primeira infância⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Analisando o relato de P1 que optou por deixar seu filho na creche nota-se que a motivação inicial estava relacionada à dimensão prática, durante o período do dia no qual a criança não podia ser atendida por ela. No entanto, a sua primeira escolha era a custódia da criança na família extensa, deixando a criança com a avó, indicando que a creche foi opção

secundária. Entretanto no seu próprio discurso denota-se satisfação posterior, decorrente dessa escolha 'forçada'. Outra participante, P12, cita que almeja matricular sua filha na creche, pois acredita no caráter educativo desta instituição e na possibilidade de socialização que ela proporciona para as crianças.

A creche, na maioria das vezes, é opção para aquela mulher que se sente ambivalente quanto a outra mulher cuidar de seu filho em sua própria casa. Quando a mãe leva o filho para creche, está levando para instituição, e não para outra pessoa. Existe diferença entre estranha em casa e estranha na instituição. A estranha em casa estaria cuidando do filho no lugar dela enquanto que a estranha na creche estaria educando, ensinando, e não ocupando o lugar de mãe⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

No caso de P3 que perdeu a esposa no parto, a escolha do cuidador foi ainda mais difícil. Segundo ele, solicitava informações pessoais, endereço e documento da pessoa que se candidatava a ser a babá visando garantir a segurança do filho, uma vez que ele tinha medo da criança ser roubada. É comum os pais se sentirem inseguros e desconfiados, principalmente quando se trata do primeiro filho, que ainda é bebê⁽¹⁷⁾.

Durante a entrevista constatou-se que a insegurança foi ainda maior porque não seria o casal que iria partilhar a escolha, pelo contrário, P3 se sentiu integralmente responsável pelo filho experimentando sentimentos como insegurança ao deixar sua criança aos cuidados de outra pessoa. Esta sensação pode ser devido à visão cultural na sociedade de que a mãe tem de cuidar de forma exclusiva dos pequenos, e no caso, ele era pai viúvo que não podia se dedicar integralmente ao filho devido à necessidade de trabalhar.

O que também nos adverte é o comportamento do sono das crianças, tanto no período diurno quanto o noturno. Verifica-se que sete crianças possuem como atividade diurna o ato de dormir, e ao observar suas atividades noturnas verifica-se que este hábito pode estar influenciando no padrão de sono noturno de quatro delas. Sendo que duas destas dormem no

período da manhã e da tarde, colaborando para que elas acordem com frequência durante a noite.

É importante esclarecer que estamos habituados a pensar no sono erroneamente a partir de atividade simplista. O sono não é simples e nem reação uniforme bem definida, mas que pelo contrário, varia de acordo com a individualidade da criança e com a sua maturidade. A criança tem que aprender a dormir da mesma forma que aprende a engatinhar, ficar de pé e andar. Assim como a locomoção sofre claras modificações à medida que vão amadurecendo, assim também os esquemas do sono se modificam com a maturidade⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Em longo prazo, a privação do sono, pode comprometer seriamente a saúde da criança, prejudicando o sistema imunológico, ocorrendo diabetes, doenças cardiovasculares e gastrointestinais, perda crônica da memória; tendência a desenvolver obesidade, devido a leptina e a grelina, hormônios que estão envolvidos no controle da saciedade e fome, também ligados ao sono⁽²¹⁻²²⁾.

Apreende-se então que a mulher-mãe organiza o seu mundo conforme seus valores e crenças, segundo a cultura em que está inserida, refletindo também o pensamento dos seus pares, neste caso, os seus filhos. Embora o desenvolvimento infantil progrida de maneira ordenada, nota-se que o ambiente influencia o desenvolvimento, principalmente de crianças nascidas prematuras. A habilidade de criar filhos não é capacidade instintiva somente, porém um processo aprendido e adquirido. A mãe não pode aprender a fazer coisas que lhe competem, com o cuidar do filho dentro da sua dimensão cultural, somente a partir de livros, enfermeiras ou médicos. Ela pode ter aprendido muito a partir do fato de já ter sido criança, e a partir da observação de outros pais com seus filhos, e do fato de ter ajudado a tomar conta de seus irmãos⁽²³⁾.

Considerações Finais

A perspectiva transcultural permitiu identificar características do contexto social e cultural dos pais

(mãe e/ou pai) que tiveram a experiência de terem filhos prematuros, quanto tentar incentivar o trabalho do enfermeiro neste contexto cultural, principalmente quando se trata de acompanhar o egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, quanto ao desenvolvimento infantil.

A etnoenfermagem enquanto método permitiu ao longo da pesquisa, a construção dos fatores culturais e sociais maternos e o desenvolvimento infantil de crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cujo apoio do software atlas ti auxiliou a análise qualitativa posto que existe volume considerável de dados textuais a serem analisados. Considera-se que a disponibilidade e o crescente progresso na produção de softwares têm criado inúmeras oportunidades para o avanço do ensino e pesquisa em enfermagem.

Colaborações

Nazareth IV contribuiu para concepção, coleta, análise dos dados e redação do artigo. Santos IMM contribuiu para interpretação, redação do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Boehs AE, Monticelli M, Martins M, Fernandes GCM, Feyer ISS, Rumor PCF. Cultural care theory concepts on master's degree dissertations. *Rev Rene*. 2010; 11(4):182-9.
- Leininger MM, McFarland MR. *Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory*. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Maternal perceptions about the birth of a premature child and care after discharge. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4):571-7.
- Medeiros M. Qualitative research approach. *Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]*. 2012 [cited 2013 Feb 20]; 14(2):224-5. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a01.htm>
- Esteban MPS. *Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.
- Silva MDB, Paiva MB, Silva LR, Nascimento MAL. Acute respiratory disease in the child: an integrative review. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(2):260-6.
- Unicef. *Child poverty and disparities in Mozambique in 2010. Relatório Sumário*. Naputo: Moçambique; 2011.
- Eyken EDV, Ribeiro CDM. Child development: its agents and the public policies of the city of Rio de Janeiro. *Physis*. 2012; 22(3):1085-99.
- Nazareth IV, Santos IMM, Gonçalves APO, Souza ES. Risk for child development according to the integrated attention strategy to the prevalent illnesses in childhood. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2013 [cited 2013 June 14]; 7(2):28-36. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3376>
- Frota MA, Maia JA, Pereira AS, Nobre CS, Vieira LJES. Reflection on public policies and strategies for child's integral health. *Enferm Foco*. 2010; 1(3):129-32.
- Souza ES, Nazareth IV, Gonçalves APO, Santos IMM. A look of women-mothers about prenatal care. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2013 [cited 2013 Oct 24]; 7(8):5135-42. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4562>
- Bouso RS, Serafim TS, Misko MD. The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life-threatening Diseases. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(2):11-7.
- Preuss MRG. Maternal attitudes and type of alternative care chosen for working mothers out. *Psic Teor Pesq*. 2012; 2(3):213-25.
- Paz MGT, Alencar EMLS. Family relations and aspects of child socialization in families of professional and non-professional mothers. *Psicol Teor Pesqui*. 2012; 4(1):69-81.
- Bandeira TTA, Moura MLS. Mothers and fathers' beliefs about parental investment. *Paidéia*. 2012; 22(53):355-63.

16. Araújo MAN, Gama FS, Silva U. Nursery of yesterday and today: what parents expecting that institution? *Rev Psicol Diver Saúde*. 2013; 1(1):14-9.
17. Silva JR. The joke in Early Childhood Education (3-5 years): an experience of research and intervention. *Educ Rev*. 2013; 47(9):340-7.
18. Gaíva MAM, Marquesi MC, Rosa MKO. Sleeping newborn in hospital intensive care unit: nursing care. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(3):602-9.
19. Weich TM, Ourique AC, Tochetto TM, Franceschi CM. Effectiveness of a noise control program in a neonatal intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(3):327-34.
20. Nacleto TS, Louzada FM, Pereira EF. Sleep/wake cycle and the attention deficit/hyperactivity disorder. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(3):437-44.
21. Salgado APN, Adirson DM, Cava AM, Camacho KG. Newborn sleep in neonatal intensive care units. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(4):644-9.
22. Aurélio FS, Tochetto MT. Noise in a Neonatal Intensive Care Unit: measurement and perception of professionals and parents. *Rev Paul Pediatr*. 2010; 28(2):162-9.
23. Buccini GS, Tulha MLPA. Maternal care: a health prevention strategy to develop healthy people. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(20):203-6.