



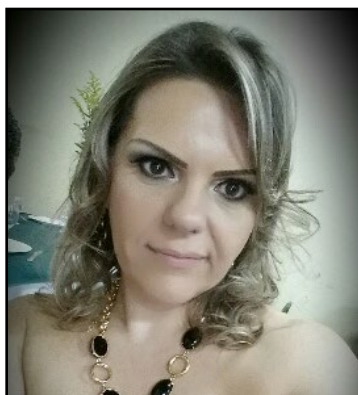
Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Los primeros días del hijo prematuro en casa: discurso del sujeto colectivo

Adriana Valongo Zani¹, Thaís Ramos da Silva¹,
Cristina Maria Garcia de Lima Parada²

1Universidade Estadual de Londrina

2Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

RESUMEN

Objetivo: aprender las representaciones del padre frente al cuidado del hijo prematuro en los primeros días después del alta hospitalaria. **Método:** estudio de abordaje cualitativo. Participaron siete padres que tenían hijos prematuros hospitalizados en una unidad de terapia intensiva neonatal. Los datos se colectaron en el período de marzo a junio de 2015. Para analizar los datos, se utilizó el referencial metodológico del discurso del sujeto colectivo. **Resultados:** los discursos se agruparon en tres temas: 1) Viviendo las emociones de la primera noche con el hijo en casa; 2) Responsabilizándose por el cuidado del hijo prematuro en casa; 3) Colocando en práctica los cuidados aprendidos con el equipo de enfermería durante la hospitalización. **Conclusión:** el padre participa del cuidado del hijo. El equipo de enfermería debe estar preparado para incentivar la presencia del padre en el ambiente hospitalario, envolviéndolo en los cuidados precozmente, para que él se sienta más seguro cuando esté con el hijo en el domicilio.

Descriptor: Paternidad; Alta del Paciente; Recién Nacido; Prematuro.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos con edad gestacional menor que 37 semanas son clasificados como prematuros, siendo esta situación considerada la principal causa de mortalidad neonatal en la actualidad⁽¹⁾.

Por causa de los riesgos de vida que la prematuridad puede acarrear, a estos bebés los pueden separar de sus padres luego después del parto, y encaminados a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para allí recibir los cuidados específicos, dificultando la formación del vínculo entre el bebé y los padres⁽²⁾. Como consecuencia, surgen en la familia, principalmente en los padres, sentimientos negativos como angustia, tristeza, incerteza y miedo a la muerte⁽³⁾.

En este contexto, los profesionales de la salud que actúan en las UTIN desempeñan un papel fundamental, porque promueven la formación de ese vínculo y auxilian a superar esta etapa difícil y delicada para los padres y el recién nacido. Por lo tanto, el equipo debe estar sensibilizado y capacitado para cuidar de la familia y sugerir acciones que reduzcan su sufrimiento y promuevan el empoderamiento, compartiendo informaciones e incentivando la participación de los padres en el cuidado, respetando su tiempo y límites⁽⁴⁾.

Los cuidados promovidos en la UTIN por los padres pueden amenizar el sufrimiento por el nacimiento prematuro del hijo, proporcionando el fortalecimiento del vínculo padre-bebé, así como contribuye para que ellos adquieran seguridad al realizar los cuidados, garantiendo el cuidado futuro, después del alta hospitalaria⁽⁵⁾.

De modo general, la figura materna se muestra más presente en el cuidado, pues, históricamente, en el ámbito familiar y cultural, la mujer ha desempeñado el papel de cuidadora

del hogar y de los hijos, correspondiéndole al hombre el papel de proveedor de la familia. Pero, en los días actuales, con los intensos cambios sociales ocurridos, la mujer está enfrentando el mercado de trabajo buscando nuevas posibilidades, nuevas conquistas y nuevos modelos de vida⁽⁶⁾, cambiando profundamente las familias, incluso la figura del padre, que pasa a tener una participación igualitaria y activa en la crianza de los hijos, contribuyendo con el cuidado y dividiendo responsabilidades y decisiones sobre el hijo⁽⁷⁾.

Generalmente, durante la internación en la UTIN, el padre es el primero que visita al hijo y que recibe las informaciones de los profesionales de salud. Enfrentando la hospitalización, muchas veces es el responsable por darle a la madre, informaciones sobre la situación, porque ella puede estar también necesitando de cuidados e imposibilitada de ver al hijo después del nacimiento⁽⁸⁾.

El padre está asumiendo día a día nuevos papeles en la familia, dividiendo con la compañera, muchas veces fragilizada, las actividades domésticas, estimulando y apoyando la lactancia materna, contribuyendo así a su suceso⁽⁹⁾. Más allá del período de hospitalización, su papel se amplía en el domicilio. Como cuidador, interactúa de modo diferente con el hijo, introduciendo novedades y desafíos, que contribuyen con el desarrollo cognitivo y empático del niño con sus padres⁽¹⁰⁾. El padre puede involucrarse de muchas maneras con el bebé: jugando, cuidando, enseñando, dando soporte financiero, demostrando afecto, compartiendo con la madre, actividades, responsabilidades y preocupaciones acerca del niño⁽⁷⁾. Partiendo de esos presupuestos, el objetivo de este estudio fue aprender las representaciones del padre frente al cuidado del hijo prematuro en los primeros días después del alta hospitalaria.

MÉTODO

De abordaje cualitativo, este estudio integra un amplio proyecto de investigación titulado: "La figura paterna en el cuidado del recién nacido prematuro y de bajo peso hospitalizado en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal".

El escenario del estudio fue la UTIN de un hospital escuela localizado en la región norte del Paraná. Acreditados por el Sistema Único de Salud (SUS), este hospital actúa dando atención a la salud en prácticamente todas las especialidades médicas, formación de recursos humanos, educación continuada, investigación y desarrollo tecnológico y coopera tecnológicamente con la red de servicios de salud de Londrina. La estructura está constituida por unidades de internación médico-quirúrgica y pediátrica, además de una maternidad, centro-quirúrgico, un puesto de emergencias y una UTI adulto, pediátrica y neonatal. En el área neonatal, la UTI posee siete lechos y la Unidad de Cuidados Intermediarios (UCI), ocho lechos.

Participaron en este estudio siete padres que tenían sus hijos prematuros hospitalizados en la UTIN. Ellos fueron invitados a participar de este estudio por las investigadoras, que les informaron los objetivos de la investigación, los procedimientos de la colecta de datos, sobre el sigilo del tratamiento de las informaciones, posibles riesgos y sobre la posibilidad de interrumpir su participación a cualquier momento, sin dañar el cuidado del hijo. Al concordar en participar, se les solicitaba firmar el término de consentimiento libre y aclarado.

Los criterios de inclusión fueron: ser padre de un bebé nacido con edad gestacional menor que 34 semanas, con peso igual o inferior a 1500g que haya recibido alta hospitalaria en el período de marzo a junio de 2015. Los criterios de exclusión fueron: ser padre de un niño portador de malformaciones congénitas (un caso)

o que hubiera evolucionado para óbito en el período del seguimiento (cuatro casos).

La duración media del encuentro de las investigadoras con los participantes fue de 30 minutos, considerando la interacción inicial y la entrevista propiamente dicha.

Las entrevistas fueron grabadas utilizando un grabador digital y se utilizó un cuaderno de campo para síntesis del investigador. Al terminar la entrevista se le pedía al padre que oyese la grabación de la entrevista y leyese la síntesis realizada, para garantizarle el derecho de alterar las informaciones, caso pensara ser necesario. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de las familias siete días después del alta de los hijos.

La recolecta de los datos se realizó en el período de marzo a junio de 2015, por medio de una entrevista semiestructurada. Las cuestiones norteadoras utilizadas en la entrevista, para motivar los relatos de los padres fueron: Cuénteme, como fue el primer día que usted pasó con su hijo en casa. ¿Cómo está siendo distribuido el cuidado de su hijo? ¿En relación a las orientaciones que usted recibió en el hospital, sobre los cuidados de su hijo, ellas influyeron en usted aquí en el domicilio?

Los datos fueron trabajados de acuerdo con el referencial teórico de las Representaciones Sociales, que constituyen una serie de opiniones, explicaciones y afirmaciones producidas a partir del cotidiano de los grupos, siendo la comunicación elemento primordial en este proceso. Considerada teoría del sentido común, por ser creadas por los grupos como forma de explicar la realidad, la representación social formaliza una modalidad de conocimiento particular que tiene la función de elaborar comportamientos y la comunicación entre individuos⁽¹¹⁾. El referencial metodológico adoptado fue el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) que propone la organización y la tabulación de los datos de naturaleza cualitativa de forma discursiva, para hacer más

claro lo que determinada población piensa o experimenta sobre cierto tema.

La propuesta del DSC consiste en analizar el material verbal colectado, extrayendo de los discursos, algunas figuras metodológicas para organizar, presentar y analizar los datos obtenidos a partir de los relatos. Las figuras metodológicas que auxilian en el análisis de los datos son: las expresiones-clave, las ideas centrales, el discurso del sujeto colectivo y fundamentación⁽¹²⁾.

El Discurso del Sujeto Colectivo se construye en la primera persona del singular, buscando reconstruir con pedazos de discursos individuales, como un rompecabezas, tantos discursos-síntesis como se juzguen necesarios para expresar el pensamiento o la representación social de un grupo de personas sobre determinado tema⁽¹²⁾. La representatividad del grupo en los relatos del individuo ocurre porque tanto el comportamiento social como el individual obedecen a modelos culturales interiorizados, aunque las expresiones personales presenten siempre variaciones en conflicto con las tradiciones. La cuestión de la representatividad cualitativa refleja el carácter histórico más general y específico de un grupo⁽¹³⁾.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la Universidad Estadual de Londrina – UEL, mediante CAAE n. 30709814.0.0000.5231, conforme parecer nº 694.303.

RESULTADOS

Una breve caracterización de los padres indica edad entre 20 y 44 años; tres tenían la enseñanza fundamental incompleto (primaria incompleta), tres enseñanza media completa (secundaria) y uno enseñanza fundamental completa (primaria); sobre el estado civil, cuatro

se declararon casados, dos parejas de hecho (con tiempo de unión variando de ocho meses a siete años) y uno divorciado; cuatro estaban viviendo por la primera vez la paternidad y tres ya tenían otros hijos. Sobre la renta familiar, tres refirieron tener cerca de dos salarios mínimos, dos citaron tres salarios mínimos y dos padres, más de tres salarios mínimos.

Del material empírico analizado, emergieron seis ideas centrales (IC), las cuales fueron agrupadas en tres temas: 1) Viviendo las emociones de la primera noche con el hijo en casa (IC1- La primera noche fue tranquila; IC2- En la primera noche nadie durmió); 2) Responsabilizándose por el cuidado del hijo prematuro en casa (IC3- Participación efectiva del padre en los cuidados del hijo; IC4- Auxiliando en los quehaceres domésticos) y 3) Colocando en práctica los cuidados aprendidos con el equipo de enfermería durante la hospitalización (IC5- Orientaciones de las enfermeras sobre los cuidados básicos con el hijo fueron importantes; IC6 – Los enseñamientos de las enfermeras sobre las principales señales de peligro del prematuro proporcionaron tranquilidad).

Para comprender mejor el análisis realizado y mantener el anonimato de los participantes, el nombre de los padres se sustituyó por la letra P, seguida de una secuencia numérica, a partir del orden de realización de las entrevistas.

Tema 1: Viviendo las emociones de la primera noche con el hijo en casa

IC1- La primera noche fue tranquila

DSC1- La primera noche fue sosegada, tranquila, fue muy buena, estábamos en la expectativa del alta de la internación. Nos preocupábamos con el riesgo del hospital, por la contaminación. Ellos son frágiles, tienen baja inmunidad. Entonces, nos quedamos muy felices

de tener a nuestro hijo en casa. Fue buenísimo, nuestro sueño era tener él aquí. ¡No hay como describir esa alegría! **(P1, P4-P7)**

Como observado en el DSC1, los padres representaron a sus hijos como frágiles y la impropiedad del ambiente hospitalario. Se mostraron preocupados, con el riesgo de contaminación hospitalaria, razón por la que se sintieron felices con el alta y la llegada del hijo a casa. Por otro lado, dificultades con la llegada del hijo a casa también fueron relatadas, como consta en el DSC2.

IC2- En la primera noche nadie durmió

DSC2- El primer día fue diferente, fue bien trabajoso, él lloró bastante por la noche, no dejó dormir a nadie, porque tuvo que adaptarse. En el hospital era diferente, otro ambiente. Había movimiento por la noche, entonces en casa todos se despertaban también. Fue diferente, una experiencia diferente de lo normal. **(P1-P4)**

El primer día en casa con el hijo a pesar de ser un momento de felicidad, también es tomado por sentimientos de inseguridad, pues tanto los padres como el hijo necesitan adaptarse al nuevo ambiente domiciliario y a rutinas antes desconocidas.

Tema 2- Responsabilizándose por el cuidado del hijo prematuro en casa

IC3- Participación efectiva del padre en los cuidados del hijo

DSC3- Cuando puedo, yo ayudo. Intento quedarme durante la noche con nuestro hijo, cuando llego del trabajo: le cambio el pañal, le doy remedio, ayudo en el baño y despierto a mi esposa cuando el bebé quiere mamar, después cojo el bebé de nuevo para dormir. **(P1-P7)**

Los padres representaron el cuidado a

partir de tareas cotidianas desarrolladas con el hijo, asumidas al llegar del trabajo (DSC3), así como también señalaron la realización de tareas domésticas, como forma de dejar a la esposa más libre para cuidar del hijo, como relatado en el DSC4.

IC4- Auxiliando en los quehaceres domésticos

DSC4- Yo también ayudo a cuidar de la casa para que mi esposa tenga más tiempo para cuidar de nuestro bebé: lavo ropa, lavo la vajilla, hago la comida, y limpio la casa... y cuando mi esposa va a cuidar de la casa yo me quedo jugando con el niño o lo cargo para ayudarla. **(P2-P5, P7)**

El auxilio del padre en las tareas domésticas propicia que la madre pueda fortalecer el vínculo con su hijo recién llegado y consecuentemente, los lazos matrimoniales son fortalecidos.

Tema 3- Colocando en práctica los cuidados aprendidos con el equipo de enfermería durante la hospitalización

Los padres representaron el cuidado aprendido con apoyo del equipo de enfermería a partir del cariño y el confort, y también de las acciones prácticas, como baño y el cambio de pañales. Basaron sus necesidades no solo en el hecho de no tener experiencias, sino también en las mayores demandas de bebés prematuros, aspectos que emergieron del DSC5:

IC5- Orientaciones de las enfermeras sobre los cuidados básicos con el hijo fueron importantes

DSC5: Las enfermeras en el hospital nos enseñaron mucho sobre cómo cuidar de nuestro bebé: ellas nos enseñaron a hacer el nido para que él durmiera y se sintiera como si todavía estuviera dentro de la barriga de mi esposa,

también como abrigarlos, usar el pañito en el hombro, porque la cabeza es más alta que el cuerpo... aprendí como cambiarle los pañales, bañarlo enrollado en el pañal, pues así él se queda más seguro, taparle el oído para que no le entre agua. Aprendí mucho, principalmente por ser padre de primer viaje, de bebé prematuro y al acompañar la internación aprendí que el bebé solo llora por cuatro cosas: hambre, pañal sucio de orina o de caca o porque le duele algo. Si él está alimentado, limpio, y llora puede tener otra cosa. Al inicio, mi esposa y yo sufrimos mucho por los cólicos que él sentía, pero empezamos a estimularlo con ejercicio en el abdomen y en los piecitos, ahí él hacia caca y mejoraba. Después de eso él dormía bien. **(P2-P7)**

Después de vivenciar la internación hospitalaria de hijos prematuros, los términos médicos técnicos pasan a componer los discursos de los padres, como consta en el DSC6. Comprender el significado de estas formas de atender eventuales demandas es importante para ellos y los tranquiliza.

IC6 – Los ensañamientos de las enfermeras sobre las principales señales de peligro del prematuro proporcionaron tranquilidad

DSC 6: Si todos los padres tuvieran la oportunidad que tuve, de saber lo que es apnea, atragantamiento... seguro que ellos también se quedarían más tranquilos, como yo. Hoy yo trabajo más tranquilo. Las enfermeras nos enseñaron mucho, todo el aprendizaje fue muy válido, pues todo lo que aprendí con ellas, lo utilizo aquí en casa y siempre da cierto. **(P4-P7)**

DISCUSIÓN

Con la inserción de la mujer en el mercado de trabajo y su participación efectiva en la ma-

nutención de la casa, los hombres están cada vez más próximos de los cuidados domésticos y de los hijos. El nacimiento de un hijo prematuro puede aumentar aún más esa participación, ya que, con la hospitalización del hijo, la esposa pasa a desempeñar exclusivamente el papel de madre, ausentándose de casa para permanecer con el hijo hospitalizado, necesitando de mayor apoyo y auxilio del compañero en los quehaceres domésticos y en el cuidado con otros hijos⁽¹⁴⁾.

Después del alta, a pesar de las orientaciones recibidas, pueden surgir sentimientos de inseguridad, miedo y ansiedad en el ámbito familiar, porque el hijo que permaneció gran parte del tiempo bajo el cuidado de los profesionales de salud, ahora deberá ser cuidado exclusivamente por su familia, sin el auxilio de los profesionales y fuera del ambiente hospitalario.

Durante la primera noche en casa, surgieron sentimientos diversos entre los padres, entre ellos algunos negativos, como el cansancio causado por una noche mal dormida, por la necesidad de que el recién nacido se adaptara, adaptación esta que repercute directamente en la vida familiar, donde los padres, principales cuidadores, necesitan modificar sus hábitos, pasando a considerar a los ya adquiridos por el bebé hospitalizado. Después de la llegada del hijo a casa, ocurren varios cambios, tales como: necesidad de priorizarlo, adaptación a su ritmo y dedicación total a él, ya que el bebé es totalmente dependiente de los padres⁽⁷⁾.

Muchas veces, el nacimiento de un hijo también promueve algunos cambios negativos en la calidad conyugal, especialmente en situaciones que demandan más cuidados, como es el caso del nacimiento prematuro. Los cuidados dados al bebé son bien diferentes de los esperados antes del nacimiento, más todavía cuando estas expectativas son violadas. Además, la adaptación a la paternidad implica muchas

veces mayor compromiso con la relación como padres y menor como cónyuges⁽¹⁵⁾.

En contrapunto a esos sentimientos negativos, algunos padres relataron la primera noche como tranquila y hasta esperada ya que el sentimiento mayor era tener el hijo en casa. La propia internación muchas veces prolongada, deja a esos padres con mucha ansiedad por el alta hospitalaria y la llegada del hijo al domicilio, y cuando esto ocurre surgen sentimientos de alegría y satisfacción⁽¹⁶⁾. Los padres con expectativas buenas relacionadas a su hijo antes del nacimiento, después del nacimiento participan de forma más efectiva, con satisfacción conyugal y menor desgaste en esa fase de transición⁽¹⁵⁾.

Las contrastantes experiencias positivas y negativas pueden estar relacionadas con las fases del nuevo papel parental, siendo la mayoría de las respuestas emocionales durante el embarazo y hasta dos años después del nacimiento más negativas de que positivas. Las emociones negativas como sorpresa y confusión, observadas en algunos discursos, están asociadas con la transición para la paternidad, así como emociones positivas que varían de alegría, ansiedad y tristeza generan fluctuación de sentimientos característicos del proceso de ser padres⁽¹⁷⁾. Los discursos de los padres revelan su participación cada vez más activa y frecuente en los cuidados directos que les dan a sus hijos, corroborando con los hallazgos de otro estudio semejante, que encontró como principales actividades de cuidado del bebé realizado por los papás: cambiar los pañales, bañarlos, cargarlos, alimentarlos, preparación y oferta del biberón o de alimentos pastosos, atenderlos durante la noche y el cuidado con su salud, llevándolos al médico, medicándolos u observando hábitos de higiene y prevención de enfermedades⁽⁷⁾.

El estudio reveló que los papás no están solamente realizando cuidados directos al hijo, sino también auxilian a sus compañeras en los

quehaceres domésticos, propiciando así, que ellas tengan más tiempo para dedicar a los cuidados del hijo⁽¹⁵⁾.

El padre desea pasar más tiempo con su hijo, siendo este tiempo considerado como experiencia positiva⁽¹⁷⁾. Actividades como jugar, cargarlo, entre otras, son consideradas placenteras y satisfactorias para los padres⁽⁷⁾.

Es importante enfatizar que la comunicación del equipo de enfermería con la familia favorece el surgimiento del vínculo de confianza y respeto, lo que contribuye con la calidad del cuidado prestado al recién nacido⁽¹⁸⁾.

El equipo de enfermería ejerce papel fundamental en la educación de la salud, capacitando a las madres y a los padres para que cuiden a sus hijos. Muchas veces por la prematuridad y/o riesgo del hijo, los padres sienten desconfianza y miedo de asumir ese cuidado, necesitando de apoyo y orientación del equipo de enfermería para realizarlos. En el presente estudio, los padres reconocieron ese apoyo como esencial.

El enfermero actúa en la evaluación y en los cuidados directos ofrecidos al recién nacido hospitalizado y a su familia, ofreciéndole apoyo y escuchándola, orientándola e informándola sobre la prematuridad y preparándola para el proceso de alta y cuidados en el domicilio^(16,19).

Los cuidados y orientaciones realizadas por el equipo de enfermería a la familia durante la hospitalización de los hijos fueron importantes para reducir los miedos y las dudas de los padres respecto al cuidado que les tienen que dar a sus hijos, permitiéndoles que ellos hicieran parte de los cuidados durante la internación. Eso es posible porque el equipo de enfermería puede delegarles a los padres los cuidados más simples, realizando los procedimientos técnicos, más complejos. El equipo debe encorajar a la familia para que participen del cuidado del bebé, asegurando, así, un cuidado de calidad en el futuro, incluso después del alta hospitalaria^(5,20).

CONCLUSIÓN

Se considera que el objetivo del estudio fue cumplido, porque fue posible aprender las representaciones del padre frente al cuidado de su hijo prematuro en los primeros días después del alta hospitalaria. Entre las emociones frente a la primera noche del hijo en casa, emergieron sentimientos de felicidad y tranquilidad, pero también de estrés y dificultades para comprender lo que el hijo deseaba y porque lloraba.

También emergieron de los discursos de los padres mayor involucramiento en los cuidados directos del hijo, responsabilizándose por los cuidados, y auxiliando a su compañera en los quehaceres domésticos para que ella pudiese tener más tiempo para cuidar del hijo.

Se evidenció en el presente estudio la valorización atribuida por el padre a las orientaciones y cuidados que el equipo de enfermería les había enseñado en el ambiente hospitalario, que redujeron los miedos y la ansiedad al realizar los cuidados en casa.

Por lo tanto, vale destacar que el padre desea y tiene participación efectiva en el cuidado del hijo. Le corresponde al equipo de enfermería, y a los otros profesionales actuantes en las unidades neonatales, estar preparados para incentivar la presencia del padre en el ambiente hospitalario, envolviéndolos lo más precozmente posible en los cuidados del hijo, aunque sea en los cuidados simples, de forma que él pueda familiarizarse con el nuevo miembro de la familia y de este modo fortalecer el vínculo familiar.

CITAS

1. Organização Mundial da Saúde. Nascimentos prematuros. Nota descritiva N°363. [Cited 2015 August 31] 2013. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
3. Zani A, Golias A, Martins S, Parada C, Marcon S, Tonete VL, Parada CMG. Feelings experienced by the family of a at-risk newborn infant: integrative literature review. *Journal of Nursing UFPE*. 2013 November [Cited 2015 August 10]. 7(1). Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2610>.
4. Amador DD, Marques FRB, Duarte AM, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Use of narrative as an awareness strategy for a Family-Centered Care model. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 March; 36(1):98-103.
5. Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Coutinho KAA, Gomes APR. Family-centered care: nursing application in the context of the hospitalized child. *Rev. Enferm. UERJ*. 2013; 21(1):106-12.
6. Lopes MN, Zanon LLD, Boeckel MG. A Multiplicidade de Papéis da Mulher Contemporânea e a Maternidade Tardia. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*. 2014; 22(4): 917-928.
7. Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes, RCS. Fathers' Involvement During the Baby's Third Month. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2012; 28 (3): 303-314.
8. Cañas-Lopera EM, Rodríguez-Holguín YA. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Aquichan*. 2014; 14 (3): 336-350.
9. Paula AO, Sartori AL, Martins CA. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010 [Cited 2015 August 10] 12(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6929>
10. Landesem IP, Handegard BH, Ulvund JTSE, Ronning JÁ. Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials* 2014 [Cited 2016 January 20] 15(387). Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/387>.

11. Jodelet D. Loucuras e representação social. Petrópolis: Vozes; 2005.
12. Lefevre F; Lefevre AMC. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo. São Paulo: Liberlivro, 2011.
13. Minayo M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2014.
14. Ghosh JK, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. *Arch Womens Ment Health*. August 2010 [Cited 2016 January 10] 13(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896639/?tool=pubmed>.
15. Menéndez S, Hidalgo MA, Jiménez L, Moreno MC. Father Involvement and Marital Relationship during Transition to Parenthood: Differences between Dual and Single-Earner Families. *The Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14 (2): 639-647.
16. Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Netw*. 2012; 31(4): 207–214.
17. Benzies KM, Magill – Evans J. Through the eyes of a new dad: experiences of first-time fathers of late-preterm infants. *Infant Mental Health Journal*. 2015; 36(1): 78–87.
18. Zani AV, Tonete VLP, Lima CMGP. Maternal representations about the provision of care to newborns at risk: a collective discourse. *Online Braz J Nurs* [internet] 2014 September [Cited 2015 August 10]; 13 (3). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4328/html_171.
19. Souza NL, Fernandes ACP, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev. Salud Pública*. 2010; 12 (3): 356-367.
20. Stevens EE, Gazza E, Pickler R. Parental experience learning to feed their preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2014 October. [Cited August 10] 14(5). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4139421/?tool=pubmed>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiero o de relacionamiento, que influya en la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 13/04/2016
 Revisado: 31/01/2017
 Aprobado: 06/02/2017