

Perfil sociodemográfico de pais de recém-nascidos prematuros internados em um hospital público

Palmira Donda Soares*
Talita Gianello Gnoato Zotz*
Arlete Ana Motter*

Resumo

O nascimento prematuro é imprevisível e pode decorrer de fatores sociais, econômicos e/ou relacionados à saúde da mulher e do neonato. Este estudo objetivou analisar o perfil sociodemográfico dos pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e tem caráter descritivo, exploratório e quantitativo, foi realizado de março a agosto de 2019 na UTIN. Dados demográficos, socioeconômicos e relacionados ao neonato e processo gravídico foram coletados com questionário contendo perguntas fechadas e abertas, sendo analisados e comparados com estudos correlatos. Participaram 31 mães e 19 pais. A maioria jovem e com ensino médio completo. Quase todos os pais exerciam atividade laboral remunerada, enquanto as mães apenas metade delas e nem todos contribuíam para a previdência social. Os pais recebiam 30% a mais que as mães, mesmo exercendo funções e jornada de trabalho similares. 47% das famílias viviam com renda de até 2 salários-mínimos mensais. Metade das gestações não foi planejada. Predominou o nascimento com IG \geq 32 semanas. As mães realizaram em média mais de 8 consultas de pré-natal e apresentaram fator de risco materno, sendo a hipertensão a que mais predominou. Conhecer as famílias dos RNs pode respaldar medidas de promoção da saúde materno infantil.

Palavras-chave: Prematuridade. Parentalidade. Saúde Materno Infantil.

INTRODUÇÃO

É considerado prematuro o bebê que nasce antes de completar 37 semanas de gestação, e nascimentos prematuros representam um importante problema de saúde pública, haja vista o alto percentual de morbimortalidade e de consequências psicológicas e sociais que trazem consigo. No mundo todo nascem 15 milhões de bebês todo ano, sendo a taxa de prematuridade entre os recém-nascidos (RN) vivos de 10%^{1,2}. A taxa de prematuridade brasileira em 2016 foi de 11,5% e ocupou o 10º lugar no ranking mundial. E 74% destes

prematuros são tardios de 34 a 36 semanas gestacionais³. No estado do Paraná, em 2018, a taxa de nascimentos prematuros foi de 5,7% do total de prematuros do país⁴.

A prematuridade ocorre em todos os lugares e classes sociais, por diversas circunstâncias e em certa medida são imprevisíveis^{5,6}. Porém, fatores como idade materna, gemelaridade, primiparidade, número reduzido de consultas de pré-natal e baixa escolaridade mostram relação com o parto prematuro e acarretam às famílias e à sociedade (em geral) um

DOI: 10.15343/0104-7809.202145356368

* Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba/PR, Brasil.
E-mail: arlete.motter@uol.com.br

alto custo social e financeiro, conforme apontam diversos estudos sobre fatores de risco associados à prematuridade e perfil da assistência pré-natal^{7,8,9,6}.

É sabido que as condições socioculturais, educacionais e econômicas determinam as condições do nascer, desenvolver, adoecer e morrer^{10,11}. Fatores estes que sinalizam a síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população. Por isso, identificar os fatores de risco de baixo peso ao nascer e da prematuridade é relevante para a saúde pública, pois, possibilita subsidiar as políticas públicas para enfrentamento deste agravo⁵.

As questões que envolvem o nascimento pré-termo vêm sendo trabalhadas nas

maternidades públicas do Brasil a partir de um modelo de atenção humanizada, que é denominado por Método Canguru (MC) o qual reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, que acolhe o RN e seus pais e os incentiva a realizar contato e cuidados o mais precocemente possível, contribuindo (assim) para a amamentação, o fortalecimento da confiança, do apego e do vínculo afetivo, entre os RN prematuros e seus pais².

Esta pesquisa busca conhecer as condições e o modo de vida das famílias de RN prematuros, tendo em vista que o conhecimento pode respaldar medidas que favoreçam o desempenho da parentalidade, o desenvolvimento e a promoção da saúde materno infantil.

MÉTODO

Estudo de tipo exploratório, descritivo e de natureza quantitativa. Ele foi realizado na UTIN da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Credenciada pelo SUS como centro terciário de referência para gestação de alto risco. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com parecer número 2.985.606.

A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2019. Os participantes foram as mães e os pais maiores de 18 anos de RN ≤ 37 semanas e/ou ≤ 2.500 g que se encontravam internados na UTIN há mais de uma semana. Excluiu-se mães e pais de RN que foram a óbito ou que tiveram alta ou transferência hospitalar durante a primeira semana.

O convite foi realizado aleatoriamente

de forma individual ou concomitante às mães e aos pais. Todos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram da pesquisa 31 mães e 19 pais de 41 RN, posto que havia gemelares.

Os dados foram coletados por meio de questionário com perguntas fechadas e abertas, abrangendo dados demográficos, socioeconômicos e relacionados ao neonato e processo gravídico. Este foi composto por 41 questões para a mãe e 29 questões para o pai, que foram lidas e anotadas pela pesquisadora.

A análise das evidências teve início a partir da caracterização das famílias que foi demonstrada em tabelas, cujos dados foram analisados em frequência absoluta e relativa (%), e as variáveis numéricas em média e desvio padrão ou mediana, mínimo, máximo, de acordo com sua natureza.

RESULTADOS

Apresentamos na Tabela 1 o perfil demográfico dos entrevistados. A partir da Tabela 1 pode-se observar que a maior parte dos pais possuem idade entre 18 e 35 anos, vivem em união estável, praticam alguma religião e estudaram, em média, mais de 10 anos.

Na Tabela 2 apresentamos o perfil socioeconômico dos entrevistados. Com base na Tabela 2 é possível observar que a maior parte dos pais desenvolvem alguma atividade profissional, ainda que informal e sem contribuição para o INSS; a jornada de trabalho varia entre menos de 20 horas semanais até mais de 40 horas; a renda pessoal predominante situa-se na faixa entre R\$ 954,01 a R\$ 2.329,00; e a maioria dos pais

residem conjuntamente.

A Tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas ao neonato e o processo gravídico dos entrevistados.

De acordo com dados obtidos na Tabela 3, percebe-se que o número de gestações desejadas foi maior que as planejadas; o mesmo ocorre com o desejo das mães de amamentar seus filhos e de segurá-los na posição pele a pele. Mais de 70% das gestações eram do tipo única, a idade gestacional superior a 29 semanas prevaleceu nesta amostra, assim como o peso de nascimento entre 1.001 a 1.500g. Quase todas as mães realizaram rotina de pré-natal, e muitas tiveram mais de 8 consultas durante a gestação e apresentaram algum fato de risco materno.

Tabela 1 - Perfil demográfico de mães e pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal - Curitiba-PR, 2019.

Variáveis	n mãe	Percentual	n pai	Percentual
Idade				
18 a 25	13	41,96%	3	15,79%
26 a 35	12	38,71%	12	63,16%
≥ 36 anos	6	19,35%	4	21,05%
Estado civil				
Solteiro (a)	5	16,13%	-	-
Casado (a)	10	32,26%	7	36,84%
União estável	16	51,61%	12	63,16%
Religião				
Sim	21	67,74%	14	73,68%
Não	10	32,26%	5	26,32%
Grau de escolaridade				
Ens. Fundamental Incompleto	3	9,68%	3	15,79%
Ens. Fundamental Completo	3	9,68%	1	5,26%
Ens. Médio Incompleto	4	12,90%	3	15,79%
Ens. Médio Completo	12	38,71%	10	52,63%
Ens. Superior Incompleto	8	25,81%	-	-
Ens. Superior Completo	1	3,23%	2	10,53%

Tabela 2 - Perfil socioeconômico de mães e pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal – Curitiba-PR, 2019.

Variáveis	n mãe	Percentual	n pai	Percentual
Ocupação profissional atual				
Sim	16	51,61%	18	96%
Não	15	48,39%	1	4%
Vínculo empregatício				
Formal	7	43,75%	9	50%
Informal	9	56,25%	9	50%
Contribui para o INSS				
Sim	13	41,94%	12	63,16%
Não	18	58,06%	7	36,84%
Jornada de trabalho semanal				
≤ 20 h	3	18,75%	3	16,67%
21 a 30 h	1	6,25%	-	-
31 a 40 h	4	25,00%	5	27,78%
≥ 40 h	8	50,00%	10	55,56%
Renda pessoal mensal				
R\$ 954,01 a R\$ 1.255,00	7	53,85%	1	6,25%
R\$ 1.255,01 a R\$ 2.329,00	5	38,46%	13	81,25%
R\$ 2.329,01 a R\$ 4.164,00	1	7,69%	1	6,25%
R\$ 4.164,01 a r\$ 5.400,00	-	-	1	6,25%
Reside com o/a companheiro/a				
Sim	24	80%	19	100%
Não	7	20%	-	-

Tabela 3 - Variáveis relacionadas ao neonato e o processo gravídico de mães e pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal – Curitiba-PR, 2019.

Variáveis	n mãe	Percentual	n pai	Percentual
Gravidez planejada				
Sim	16	51,61%	11	57,89%
Não	15	48,39%	8	42,11%
Gravidez desejada				
Sim	26	83,87%	19	100%
Não	15	16,13%	-	-
Está amamentando				
Sim	21	67,74%	-	-
Não	10	32,26%	-	-
Deseja amamentar				
Sim	30	96,77%	-	-
Não	01	3,23%	-	-
Segurou o RN na posição pele a pele				
Sim	24	77,42%	10	52,63%
Não	7	22,58%	9	47,37%
Deseja segurar				
Sim	31	100%	17	89,47%

Variáveis	n mãe	Percentual	n pai	Percentual
Não	-	-	2	10,53%
Tipo de gravidez				
Única	22	70,97%	-	-
Múltipla (gêmeos)	8	25,81%	-	-
Idade gestacional				
≤ 28 semanas	11	26,83%	-	-
29 a 31 semanas	14	34,15%	-	-
≥ 32 semanas	16	39,02%	-	-
Peso de nascimento				
0,500 a 1.000g	7	17,07%	-	-
1.001 a 1.500g	19	46,23%	-	-
1.501 a ≥ 2.000g	15	36,59%	-	-
Realizou pré-natal				
Sim	30	97,56%	-	-
Não	1	2,44%	-	-
Quantidade de consultas				

continua...

...continuação tabela 3

Variáveis	n mãe	Percentual	n pai	Percentual
≤ 7	10	33,33%	-	-
De 8 a 15	15	50,00%	-	-
≥ 16	5	16,67%	-	-
Fator de risco materno				
Hipertensão	12	33,30%	-	-
Gemelaridade	4	11,11%	-	-
Diabetes gestacional	4	11,11%	-	-

DISCUSSÃO

Dentre as mães, 42% tinham entre 18 e 25 anos, 39% tinham de 26 a 35 anos, e as que possuíam idade acima de 36 anos foram equivalentes a 19%. De acordo com pesquisa realizada em uma cidade do Paraná em 2019¹², mães muito jovens possuem maiores chances de terem filhos com baixo peso ao nascer, além de baixo escore de Apgar e óbito neonatal. Assim como gestantes com idade acima de 36 anos têm aumentada a chance de terem filhos prematuros.

Quanto ao estado civil, 10 mães eram casadas, 16 viviam em união consensual, e 5 eram solteiras e principais responsáveis pelo RN, viviam sozinhas ou com outros parentes, compondo assim uma das modalidades contemporâneas de família, que é a monoparental. No Brasil, 18,5% das famílias são monoparentais, sendo elas majoritariamente assumidas por mulheres¹³.

No tocante à espiritualidade, 67% das mães declararam praticar alguma religião. Estes achados são condizentes com os de outros estudos indicando que a espiritualidade é percebida como uma dimensão possível do sujeito, atrelada às suas vivências e crenças e pode ser um aspecto promotor da saúde, quando relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida^{14,15}.

Do total de mães, 38% haviam concluído o ensino médio; 29% iniciado o ensino superior, e destas somente uma havia concluído as demais

estavam ou cursando ou tinham desistido; outras 10% possuíam somente o ensino fundamental; e 10% possuía o ensino fundamental incompleto. É sabido que o nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a correlação existente: quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, podendo levar inclusive ao início tardio ou ausência ao pré-natal, conforme demonstrado por pesquisa documental sobre fatores de risco para prematuridade⁷.

Quanto ao perfil dos pais, a maioria (63%) tinha idade entre 26 e 35 anos, três pais estavam na faixa etária de 18 a 25 anos, e outros quatro tinham mais de 36 anos. A idade de pais em cada faixa etária foi proporcionalmente equivalente à idade das mães.

Sobre o estado civil do pai, somente duas categorias foram identificadas: casado e união consensual, sendo a segunda em maior número. Ressalta-se que diferentemente das mães, nenhum pai solteiro ou compondo família monoparental foi identificado. Este fato confirma dado censitário brasileiro de 2010 que demonstra ser a monoparentalidade feminina superior em termos percentuais em relação à monoparentalidade masculina na proporção de 87% para 13% nesta modalidade de família¹⁶.

Referente à prática da religiosidade, a resposta dos pais foi análoga a das mães, com 73% praticantes de alguma religião. A religiosidade e a fé são apontadas pelos familiares como recursos utilizados para manter a esperança, ao mesmo tempo em que colabora com o processo de resiliência frente ao adoecimento e risco de morte do ente querido, conforme apontou um estudo com familiares de crianças internadas em UTIN em 2013¹⁴. Assim, o suporte da fé e espiritualidade/religiosidade compõe um dos integrantes da rede social de apoio das pessoas no enfrentamento da doença e internação hospitalar¹⁵.

O ensino médio completo foi o grau de escolaridade paterna que prevaleceu com 52%. Tanto este quanto os demais níveis foi proporcionalmente equivalente ao encontrado nas faixas de escolaridade das mães, com exceção do ensino superior, onde percebe-se uma disparidade quando comparados pai e mãe. Nenhum dos pais desta amostra tinha ensino superior incompleto, enquanto oito mães relataram ter iniciado, mas por diversas razões haviam trancado a matrícula ou desistido da graduação. Estes dados sugerem que a maternidade pode dar causa à interrupção dos estudos, assim como demonstrado em uma revisão sistemática em 2019, sobre a vivência da maternidade durante a graduação¹⁷, onde constatou-se que as mulheres são maioria nas instituições de ensino superior público e privado, assim como é maior também a taxa de evasão feminina, indicando que as universitárias ao se tornarem mães no decorrer da graduação estão mais suscetíveis à desistência do curso quando não dispõem de apoio necessário.

A atividade laboral remunerada era exercida por 16 mães, e dentre estas nove tinham vínculo informal de trabalho, e somente 13 recolhiam contribuição para o INSS. Portanto, com o nascimento do filho prematuro e consequente internação hospitalar, que em alguns casos pode perdurar por mais de quatro meses, algumas mães não conseguem retornar ao trabalho, e por não ser contribuinte não têm direito ao recebimento do salário maternidade, além de outros benefícios sociais que contemplam as seguradas do INSS.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) confirma que a participação das mulheres no mercado de trabalho ainda é menor que dos homens, além de elas terem mais chances de estarem desempregadas na maior parte dos países do mundo, principalmente nos menos desenvolvidos e de baixa renda. Segundo a OIT, a taxa global de participação das mulheres na força de trabalho em 2018 ficou em 48,5%.

No Brasil, neste mesmo período, esta taxa foi de 44%. As mulheres também ocupam majoritariamente postos de trabalho informais. Resultados estes que confirmam desigualdades significativas de gênero em relação a salários e proteção social¹⁸.

Dentre as que realizavam trabalho remunerado, oito cumpriam jornada que ultrapassava 40 horas semanais, e outras quatro trabalhavam entre 30 e 40 horas, somente quatro tinham jornada inferior a 30 horas semanais.

A renda mensal pessoal de 54% das mães não ultrapassava R\$ 1.255,00. E 38% recebiam renda que chegava até R\$ 2.329,00 por mês. Mundialmente as mulheres recebem apenas 77% do valor salarial que os homens recebem, quando realizam o mesmo labor e em iguais condições, de acordo com estudo realizado pela OIT em 2018¹⁸. E o quadro brasileiro não destoa do mundial.

Considerando os dados obtidos nesta pesquisa, o índice de defasagem foi ainda maior. Correlacionando a renda líquida pessoal da mãe com a do pai, observou-se que enquanto um pai recebia salário mensal de R\$ 954,00 a R\$ 1.255,00, havia sete mães com este mesmo provento e representava a maioria desta amostra. E a segunda faixa de renda que é de R\$ 1.255,00 a R\$ 2.329,00 contemplou 81% dos pais e somente 38% das mães. Apenas uma mãe tinha salário maior de R\$ 2.329,00, enquanto o número de pais nesta faixa salarial foi dois.

Diante da concretude destes dados, observa-se que as condições de sobrevivência continuam difíceis tanto para a mulher, especialmente a mulher pobre e com baixa escolaridade, que não consegue acessar o mercado de trabalho, devido à falta de oportunidade – e, portanto, acaba tendo que viver com poucos recursos, ou em condição de dependência econômica de outros, geralmente do marido – quanto daquelas que acessam mas enfrentam

discriminação, opressão e desigualdade salarial imposta pelo gênero. Acrescenta-se a isso, o fato de que a mulher, mesmo trabalhando fora de casa, continua sendo responsável quase que exclusivamente pela manutenção desta, além de ser responsável também por cuidar dos filhos – assim, a mulher é responsável pela produção material da vida, conforme nos ensina Saffioti¹⁹.

Nove mães viviam somente com o marido na casa, justamente aquelas que estavam na primeira gestação. Outras nove viviam com o marido e filhos e/ou enteados, tendo estes em média de quatro a sete anos. Ainda, outras oito viviam na casa, onde além do casal e os filhos e enteados, moravam também os pais de um ou de outro e avó. Quatro mães moravam com seus pais e uma morava sozinha, constituindo esta uma família monoparental¹³, a partir do nascimento da filha.

Exceto um pai, todos os demais estavam trabalhando no período da coleta de dados e metade tinha vínculo empregatício formal e os outros exerciam atividade laboral sem vínculo formal, em diversas atividades profissionais, dentre elas: agricultor, garçom, vigilante, motorista, pedreiro, técnico de informática e microempreendedores, exercendo esta última atividade 22% do total da amostra. Do total de pais, somente 63% contribuía para o INSS.

Estes índices condizem com os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD Contínua do IBGE) entre os anos 2012 e 2018, em que a quantidade de pessoas trabalhando informalmente, sem carteira de trabalho assinada ou por conta própria, onde não há obrigatoriedade de contribuição, já é maior do que o número de registros formais de trabalho²⁰. O percentual de contribuição voluntária entre os empregados informais é muito baixo, a média nacional é de aproximadamente 15% entre os sem carteira assinada e de 31% entre os trabalhadores por conta própria²⁰.

A ausência de alternativas de emprego

mantém os trabalhadores no setor informal que, quase por definição, é precário, onde os trabalhadores têm poucas condições de organização coletiva e principalmente são desamparados de proteção e garantia de benefícios sociais como aposentadoria, seguro desemprego, seguro contra acidente de trabalho, entre outros²⁰.

Dentre os 19 pais, 10 trabalhavam em média \geq de 40 horas semanais, cinco entre 30 e 40 horas, e três \leq de 20 horas semanais. Em termos percentuais, estes dados são similares aos encontrados no perfil das mães.

Com relação à renda familiar, 47% das famílias viviam com renda em torno de R\$ 1.255,00 a R\$ 2.329,00 mensais, o que comparado ao Mínimo Regional Salarial do Estado do Paraná, corresponde de 1 a 2 Salários Mínimos²¹. Dadas as categorias de profissões predominantes e o alto índice de trabalhadores sem vínculo formal.

Na maior parte destas famílias, somente o homem detinha renda financeira, assim, se aplicarmos o conceito renda X *percapita* a média salarial se reduz ainda mais.

Na faixa entre R\$ 2.329,00 e 4.164,00 estavam 42% das famílias, e uma família vivia com menos de R\$ 1.255,00, e uma com mais de R\$ 4.164,00 mensais.

Ao serem questionados se a renda familiar era suficiente para atender todas às necessidades próprias, os gastos com a casa e com o filho a partir de seu nascimento, a maioria dos pais respondeu afirmativamente que era suficiente. Porém alguns pais afirmaram que o quanto auferiam de renda não era suficiente para o cotidiano e por vezes aceitavam ajuda financeira de familiares.

Com relação às variáveis relacionadas ao neonato e processo gravídico, alguns dados se destacam, como por exemplo os que dizem respeito ao desejo e expectativa das mães e dos pais com relação à gravidez, à amamentação e à oportunidade de segurar o filho no colo.

Para 15 mães a gravidez não foi planejada. No entanto, dentre todas, 26 disseram que desejavam ter filho, mesmo não tendo planejado ficar grávida. Este dado pode ser elucidado pela teoria psicanalítica que relaciona o desejo à esfera inconsciente, enquanto a demanda diz respeito a uma vontade pertencente ao consciente. Havendo uma discordância entre aquilo que se deseja e aquilo que se demanda. Isto explica o fato de que apesar dos métodos contraceptivos trazerem às mulheres o sentimento de que dominam conscientemente sua fecundidade, há a complexidade da motivação inconsciente quanto à gestação que muitas vezes culmina nas chamadas “gravidezes não planejadas”.

Um estudo realizado com mães de alunos de uma escola de Belo Horizonte em 2018²² demonstrou que as mulheres, apesar de conhecerem os métodos contraceptivos, optaram pela gravidez como uma solução para a solidão ou para manter o relacionamento com o parceiro. Com isto, levando a reflexão para as políticas públicas de planejamento familiar, quanto a considerar para além de informações sobre a contracepção, também os aspectos das causas e desejos inconscientes da gravidez.

Verificou-se que 10 mães ainda não estavam amamentando seus filhos devido à incapacidade destes, seja pela extrema imaturidade e/ou outras necessidades biológicas. Porém, 30 mães relataram que desejavam amamentar na primeira oportunidade. Resposta análoga se deu quanto a segurar o filho na posição pele a pele, em que todas as mães referiram o desejo de fazê-lo assim que fosse possível.

Um estudo realizado com mães de RN prematuros internados em uma UTIN de Fortaleza em 2015²³ demonstrou que o contato pele a pele desperta na mãe sentimentos de emoção e empoderamento, fortalece o vínculo afetivo e proporciona melhor desenvolvimento do neonato, diminuindo o tempo de internação hospitalar.

A gestação múltipla (gêmeos) esteve presente em 25% dos casos deste estudo, fatores estes que também são apontados como indicadores de risco para prematuridade^{6,7,9}.

Os RN com IG \geq de 32 semanas prevaleceram respondendo por 39%. Seguido da segunda subcategoria 28 a \leq 32 semanas de IG, considerados muito prematuros com 34% dos casos. E os outros 27% encontravam-se na faixa de prematuridade extrema, \leq 28 semanas de IG. Embora o total de RN com mais de 32 semanas de IG seja maior neste estudo, destaca-se também o elevado número de muito prematuro e de prematuro extremo, o que pode ser justificado devido à especificidade do serviço no atendimento ao pré-natal de alto risco.

A idade gestacional dos RN desta pesquisa acompanhou a incidência percentual por subcategoria de prematuridade dos RN do Brasil, onde a maior parte dos prematuros encontra-se na faixa de prematuridade moderada a tardia de 32 a \leq 37 semanas de IG^{3,4,24}.

Dentre os 41 RN, 19 pesaram entre 1.000g a 1.500g ao nascer. Outros 15 RN nasceram com peso entre 1.501g a 2.000g. Mas, nesta amostra sete RN nasceram pesando menos de 1.000g, o que é motivo de grande preocupação à saúde pública, pois, o baixo peso ao nascer ao lado da prematuridade está diretamente associado ao risco de morte neonatal, conforme indicam os órgãos brasileiros de pesquisa^{1,2,24}.

Apenas uma mãe não realizou a rotina de pré-natal; 53% teve sua primeira consulta entre a segunda e a sexta semana de gestação; e as demais a partir da sétima semana – com destaque para quatro mães que consultaram pela primeira vez somente após sua 13^a semana de gravidez, o que é considerado pré-natal tardio, podendo gerar consequências desfavoráveis à saúde da gestante e do feto, além de ser preditor de parto prematuro, conforme aponta estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2019 com dados obtidos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos

(SINASC)^{9,24}.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 50% realizaram entre 8 a 15 consultas, 16% tiveram mais de 16 consultas, justificadas devido situação de doença prévia ou gestacional da mãe, como por exemplo diabetes e hipertensão arterial. Ressalta-se, no entanto, que 10 mães realizaram menos de 7 consultas, contrariando recomendação do MS quanto ao acompanhamento da rotina de pré-natal.

Há evidências de que a consulta de pré-natal, em número satisfatório e em tempo adequado, é o principal fator de proteção da prematuridade e prevenção de agravos para a saúde materno infantil^{9,24}.

Do total de mães deste estudo, 80% apresentaram algum tipo de complicação durante a gravidez, ou ainda histórico de doença prévia. Dentre elas prevaleceu a hipertensão arterial (33%), seguida de diabetes gestacional (11%) (entre outras) – as mesmas características maternas e obstétricas que tornam a gestante mais propensa ao parto cesáreo. Dados consonantes com os encontrados em pesquisas anteriores^{5,6,7}.

Embora oito pais tenham dito que não planejaram a gestação, todos concordaram que ao descobrir a gravidez de sua companheira passaram a desejar o filho. De acordo com estudiosos sobre a paternidade, enquanto uma

construção psíquica²⁵, há muitas mudanças no comportamento do homem frente à notícia da vinda de um filho, capaz de despertar neles intensas emoções. Da mesma forma como sucede com as mulheres, o apego do pai ao filho é influenciado por suas experiências infantis. O desejo por um filho tem início em sua infância e a gestação de sua esposa apresenta-se como um período muito importante para a consolidação de sua identidade masculina, e por vezes narcisista de ser completo e onipotente produzindo e se identificando com o próprio filho, como espelhando sua própria imagem.

Ainda, 10 pais já haviam segurado o filho na posição pele a pele, e mesmo aqueles que por motivo análogo ao da mãe ainda não tinham segurado disseram estar ansiosos para segurá-lo o quanto antes. Somente dois pais referiram ter medo de segurá-lo, devido seu tamanho diminuto e aparência de fragilidade.

É essencial que o pai tenha contato o mais precocemente possível com o seu filho, pois, é a partir da presença física do bebê, após o nascimento, que o pai pode desenvolver uma relação direta de emoção, prazer, preocupação e interesse por ele, relação esta que era antes mediada pela mãe durante a gravidez. Destarte, este é considerado um momento primordial na formação de laços afetivos duradouros entre pai e filho^{2,25,26}.

CONCLUSÃO

Neste estudo, um número considerável de nascimentos pré-termo e de baixo peso se deu em razão da idade materna, situada nos extremos da fertilidade feminina, associada a problemas de doenças gestacionais. Quase todas as mães realizaram consultas de pré-natal desde o início da gravidez, e as que apresentaram perfil de alto risco gestacional tiveram mais de oito consultas, o que pode ter sido fator de proteção para a saúde materno infantil.

A idade gestacional situou-se nas três categorias de prematuridade, e embora tenha nascido mais prematuros com IG superior a 32 semanas, destaca-se o elevado número de RN prematuros extremos e de baixo peso, devido à característica do serviço pesquisado.

O planejamento da gravidez ocorreu somente para metade dos casais, porém, o desejo pelo filho e por se aproximar e cuidar dele foi manifestado por quase todos.

O desejo de amamentar o filho também foi citado pelas mães. Os pais procuraram estar presentes durante o parto e o internamento do filho, contribuindo assim com o bem-estar e desenvolvimento da tríade. Os pais desta pesquisa contaram com o apoio de familiares, da equipe multiprofissional da UTIN, e ancoraram suas esperanças na espiritualidade para desenvolver seus novos papéis parentais.

Este estudo apresentou relevância no âmbito da saúde pública, pois conhecer o perfil destas famílias possibilitou identificar suas fortalezas e fragilidades e com isso aprimorar medidas para favorecer o acesso aos serviços de saúde, a informação e o fortalecimento do apego e vínculo afetivo, visando o desenvolvimento do bebê e a promoção da saúde deste e de seus pais.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. [Genebra]: OMS; 2018. [citado 2021 Mayo 20]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisa Nascer no Brasil. 2016.
4. Brasil. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018.
5. Carvalho SS, Coelho JMF. Perfil epidemiológico de puérperas de recém-nascidos com baixo peso e prematuros. *Saúde Rev.* 2017;17(45):39-47.
6. Souza DML, Maia LCS, Zêgo ZDF, Jaeger GP, Maciel WS. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. *Braz J Hea Rev.* 2019;2(5):4052-70.
7. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):297-304.
8. Oliveira CS, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci.* 2015;40(1):28-32.
9. Nascimento IB, Pacheco VC, Souza MLR, Pinheiro EB, Silva TR, Fleig R, et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(2):187-94.
10. Brito MLS, Mariano DB, Castro AFO, Oliveira RS, Oliveira TP, Barbosa ARG Junior, et al. Estudo epidemiológico da mortalidade pós-neonatal associada a causas evitáveis em Palmas, Tocantins e Brasil. *Rev Desaf.* 2019;6(3):[1-10].
11. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: *Anais do 16th Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 Set 28-Out 03; Caxambu, MG. Belo Horizonte ABEP; 2008. p. 1-29.*
12. Almeida BBP, Morales JDC. Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maringá: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Centro Universitário de Maringá; 2019. 10 p.
13. Costa FAO, Marra MM. Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: risco e proteção. *Rev Bras Psicodrama.* 2013;21(1):141-56.
14. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013;17(1):46-53.
15. Dias FA, Pereira ER, Silva RMCRA, Medeiros AYBBV. Espiritualidade e saúde: uma reflexão crítica sobre a vida simbólica. *Resear Soc Develop.* 2020;9(5):1-24.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [Citado 2021 Maio 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/>.
17. Vieira AC, Souza PBM, Rocha DSP. Vivências da maternidade durante a graduação: uma revisão sistemática. *Rev Cocar.* 2019;13(25):532-52.
18. Organización Internacional del Trabajo. *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018.* Ginebra: OIT; 2018.
19. Heleieth BIS. *Emprego doméstico e capitalismo.* Rio de Janeiro: Avenir, 1979.
20. Camilo JD. Mercado de trabalho na grande Aracaju: o peso da informalidade [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Cristóvão, SE: Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Universidade Federal de Sergipe; 2018. 33 p.
21. Paraná (Estado). Decreto nº 387, de 30 de janeiro de 2019. Fixa os novos valores do Piso Salarial do Estado do Paraná, válidos a partir de 1º de fevereiro de 2019. *Diário Oficial do Estado do Paraná [Internet].* 2019 Jan 30 [citado 2020 Jun 07];10365. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br>
22. Ottoni CR, Pimenta PR. Estudo exploratório sobre a representação psíquica da maternidade e sua relação com o alto índice de ocorrência de gravidez na população de baixa renda. *Rev Inter Cienc Med.* 2018;1(2):38-45.
23. Nunes NP, Pessoa ÚML, Mont'Alverne DGB, Sá FE, Carvalho EM. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2015;28(3):387-93.
24. Souza DML, Maia LCS, Zêgo ZDF, Jaeger GP, Maciel WS. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. *Braz J Hea Rev.* 2019;2(5):4052-70.

25. Brazelton TB, Cramer BG. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1922.
26. Barcellos AA, Zani AV. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. J. Health Biol. Sci. 2017;5(3):277-85.

**PERFIL SOCIOFAMILIAR DOS RECÉM-NASCIDOS NA UTI NEONATAL DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (MÃE)
DADOS GESTACIONAIS PRELIMINARES**

367

Nome do recém-nascido _____

Data de nascimento ____/____/____ 1 Idade gestacional _____

2 Peso _____

3 Fez pré-natal? Sim Não _____

4 Número de consultas? _____

5 Fator de risco materno na fase pré-natal? _____

6 Esta gravidez foi planejada? Sim Não

7 Esta gravidez foi desejada? Sim Não

PERFIL SOCIOFAMILIAR E CONDIÇÕES DE MORADIA

Nome da mãe _____

8 Idade _____

9 Pratica alguma religião? Sim Não

10 Estado civil? Solteira Casada União estável Separada Viúva

11 Nível de Escolaridade

Analfabeto

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

Pós-graduação (Stricto e Lato Sensu)

12 Ocupação profissional atual? Sim Não

13 Jornada de trabalho semanal _____

14 Vínculo empregatício Formal Informal

15 É contribuinte do INSS? Sim Não

16 Renda pessoal mensal _____

17 Você reside na mesma casa que o pai do RN? Sim Não

18 Você está amamentando? Sim Não Deseja amamentar? Sim Não

19 Você já segurou seu filho (a) na posição canguru Sim Não Deseja segurar? Sim Não

**PERFIL SOCIOFAMILIAR DOS RECÉM-NASCIDOS NA UTI NEONATAL DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DADOS GESTACIONAIS PRELIMINARES**

(PAI)

368

Nome do recém-nascido _____

1 Essa gravidez foi planejada? Sim Não

2 Essa gravidez foi desejada? Sim Não

PERFIL SOCIOFAMILIAR E CONDIÇÕES DE MORADIA

Nome do Pai _____

3 Idade _____ 4 Pratica alguma religião? Sim Não

5 Estado civil? Solteiro Casado União estável Separado Viúvo

6 Nível de Escolaridade

Analfabeto

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

Pós-graduação (Stricto e Lato Sensu)

7 Ocupação profissional? Sim Não

8 Jornada de trabalho semanal _____ 9 Vínculo empregatício Formal Informal

10 Você é contribuinte do INSS? Sim Não

11 Renda pessoal _____ 18 Renda Familiar _____

12 Você reside na mesma casa que a mãe do RN? Sim Não

13 Você assistiu o parto? Sim Não

14 Você visitou seu (a) filho (a) imediatamente após o parto? Sim Não

15 Você já segurou seu filho (a) na posição Canguru? Sim Não

16 Deseja segurar? Sim Não