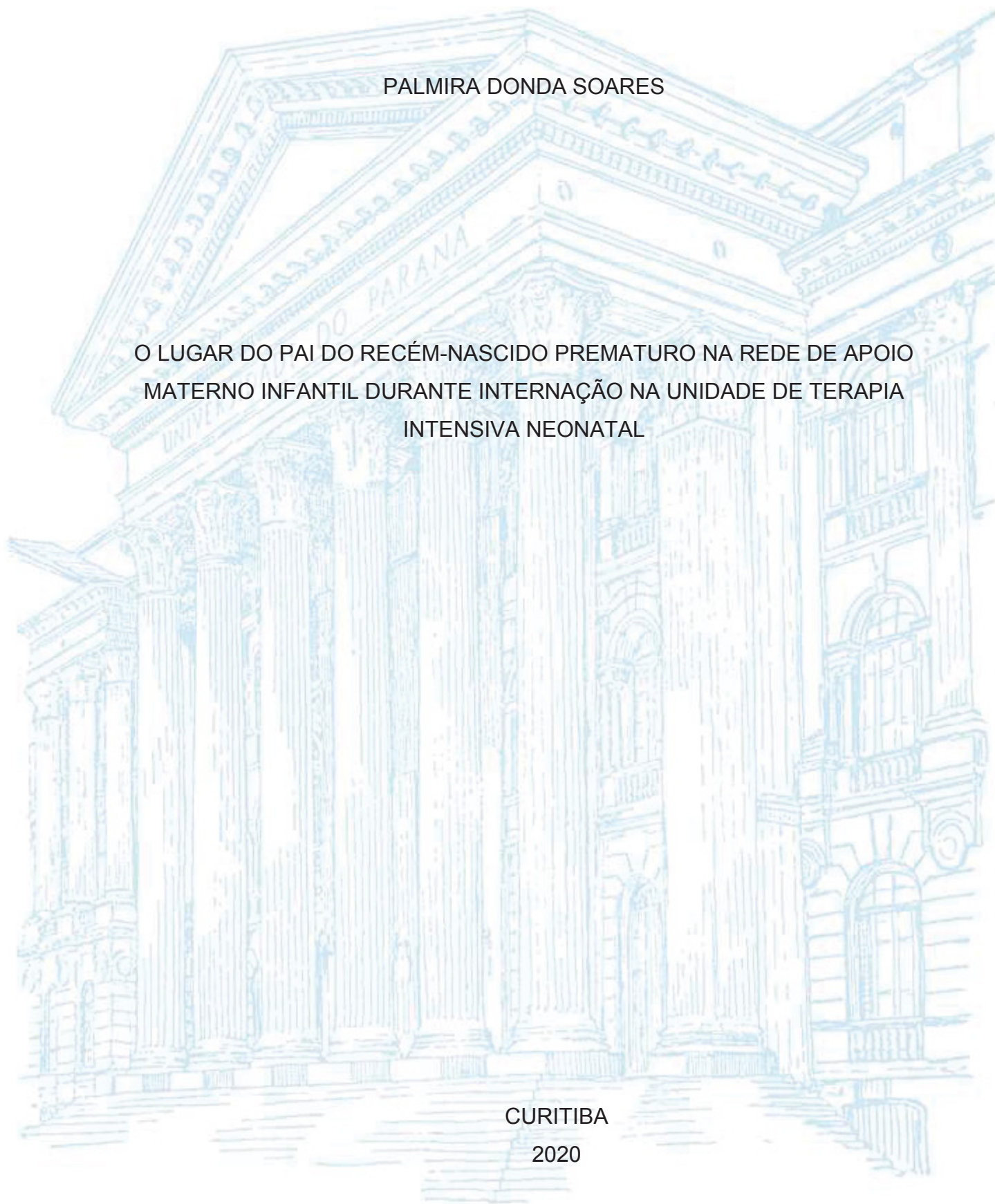


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PALMIRA DONDA SOARES

O LUGAR DO PAI DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA REDE DE APOIO
MATERNO INFANTIL DURANTE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL

CURITIBA
2020



PALMIRA DONDA SOARES

O LUGAR DO PAI DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA REDE DE APOIO
MATERNO INFANTIL DURANTE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dra. Arlete Ana Motter

CURITIBA

2020

S762 Soares, Palmira Donda

O lugar do pai do recém-nascido prematuro na rede de apoio materno infantil durante internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [recurso eletrônico] / Palmira Donda Soares. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Arlete Ana Motter

1. Saúde Materno- infantil. 2. Recém-nascido prematuro. 3. Poder familiar. 4. Comportamento paterno. I. Motter, Arlete Ana. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM: WS 410

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **PALMIRA DONDA SOARES** intitulada: **O lugar do pai do recém-nascido prematuro na rede de apoio materno infantil durante internação na unidade de terapia intensiva neonatal**, sob orientação da Profa. Dra. ARLETE ANA MOTTER, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

28/09/2020 12:52:40.0

ARLETE ANA MOTTER

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2020 13:58:32.0

PAULYNE STADLERVENZON

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2020 09:24:28.0

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 53824

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.ppgg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 53824

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos bebês que têm pressa de chegar, pressa de conhecer seus pais e em seu colo aninhar-se.

Dedico esta dissertação aos pais dos bebês apressados, que também têm pressa. Pressa de segurar seu filho, de alimentá-lo, de levá-lo para casa, e de poder dizer que tudo vai ficar bem.

AGRADECIMENTOS

A presença Divina em minha vida que me garantiu saúde, perseverança, luz e sabedoria.

À minha mãe Cenira e meu pai Euclydes, que mesmo não estando mais fisicamente entre nós há algum tempo, continuam sendo minhas referências de amor, afeto, honestidade e luta. Toda conquista em minha vida é em parte deles também.

Aos meus filhos Pedro e Jonas que me incentivam e se sentem incentivados com meu desempenho acadêmico e profissional. Vocês também me enchem de orgulho.

À minha família que sempre esteve na base de minha rede de apoio. Obrigada Franciele pela demonstração de apreço e emissão de energias positivas.

Aos colegas e amigos de turma do mestrado, especialmente à doce Vivi pela convivência, partilha de conforto, aflições e amparos mútuos, que tornaram esta jornada mais leve e prazerosa.

Às amigas e colegas de trabalho da UTIN e do Serviço Social, especialmente à Natany que cobriu minha ausência em alguns momentos tão necessários à dedicação acadêmica.

Aos professores doutores Guilherme e Paulyne que compuseram a banca de qualificação e defesa de mestrado, pelas valiosas contribuições e refinamento deste trabalho.

À minha professora e orientadora Doutora Arlete Ana Motter, primeiramente pelo interesse nesse assunto e por me acolher como orientanda, mas também pela paciência, compreensão e primorosa maestria na condução deste trabalho, sempre me instigando afetuosamente, o que possibilitou a construção desta dissertação.

À querida Dhyeisa, cuja colaboração desde meus primeiros devaneios acadêmicos até este momento de conclusão foi de fundamental importância. Por esta e por outras razões, minha gratidão.

*“PARA QUE OS BEBÊS SE CONVERTAM EM ADULTOS SAUDÁVEIS,
INDEPENDENTES, DEPENDEM TOTALMENTE DE QUE LHE SEJA DADO UM
BOM PRINCÍPIO: O AMOR É O NOME DESSE VÍNCULO”*

(Donald W. Winnicott)

RESUMO

Trata-se de estudo descritivo com análise de resultados qualitativa, e teve por objetivo definir o lugar que o pai do recém-nascido prematuro (RNP) ocupa na rede de apoio materno infantil durante o internamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Bem como, descrever a compreensão do pai sobre seu papel no contexto da prematuridade, além de analisar o perfil sociodemográfico dos pais de RNs prematuros internados na UTIN e caracterizar a rede social e de apoio das famílias destes prematuros. A pesquisa foi realizada dentro da UTIN na Maternidade que é referência no atendimento ao pré-natal de alta complexidade, do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), no município de Curitiba. Os participantes da pesquisa foram mães e pais de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso com mais de uma semana internados na UTIN ou atenderam aos critérios de inclusão: mães e pais maiores de 18 anos, de RNs com idade gestacional ≤ 37 semanas e/ou peso $\leq$ de 2.500g; internados na UTIN há mais de uma semana. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2019, por meio de questionário com dados demográficos, socioeconômicos e relacionados ao neonato e processo gravídico; e entrevista semiestruturada. As respostas dos participantes foram analisadas utilizando-se a técnica de análise categorial temática. A partir dos resultados apresentou-se a caracterização das famílias dos RNPs, seguida de um Mapa Mínimo de relações (MMR) o qual descreveu a formatação da rede social e de apoio das famílias, demonstrando um adensamento no Apoio Familiar, principalmente por parte dos membros mais próximos da família, notadamente o pai do RNP. Mas, também a equipe da UTIN, as amigas e a espiritualidade. Para melhor apreender o conteúdo manifestado nas falas, foram criadas três categorias temáticas: 1) Vivência da Prematuridade, a qual abrange o Significado e os Sentimentos sobre a experiência de ter um filho prematuro e seu internamento. 2) Rede de Apoio, a qual abrange todas as pessoas, os serviços e instituições capazes de proporcionar apoio e suporte aos pais de RNs prematuros internados na UTIN, representada pelas seguintes subcategorias: Pai; Outras pessoas que compõem a rede; UTIN; e, Como a rede de apoio se manifesta. 3) Parentalidade, esta diz respeito à relação conjugal do Casal e o Significado de Maternalidade e Paternalidade, atribuído pelo homem e pela mulher sobre a experiência de tornar-se mãe e tornar-se pai. A presença e organização de uma rede social de apoio para os pais de RNPs internados na UTIN, favorece o desempenho materno e paterno. Portanto, esta rede deve ser buscada e estimulada, visando a maior participação da família, especialmente do pai do RN, que ocupa um lugar de destaque na rede de apoio materno infantil, pois o seu apoio é apontado pela mãe como o mais importante de todos, enquanto a sua ausência é causadora de sofrimento emocional para ela.

Palavras-chave: Prematuridade. Parentalidade. Rede social de apoio. Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT

This is a descriptive study with qualitative results analysis, and aimed to define the place that the father of the premature newborn (PNB) occupies in the maternal and child support network during hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Also describing the father's understanding of his role in the context of prematurity, in addition to analyzing the sociodemographic profile of parents of premature newborns admitted to the NICU and characterizing the social and support network of the families of these premature infants. The research was carried out inside the NICU at the Maternity, which is a reference in the care of highly complexity prenatal care, at the Clinics Hospital Complex of the Federal University of Paraná (CHC-UFPR), in the city of Curitiba. Research participants were mothers and fathers of premature and/or low birth weight newborns with more than one week admitted to the NICU or met the inclusion criteria: mothers and fathers over 18 years of age, of NBs with gestational age ≤ 37 weeks and/or weight $\leq 2,500$ g; admitted to the NICU for more than a week. Data collection was carried out from March to August 2019, using a questionnaire with demographic, socioeconomic data and related to the newborn and pregnancy process; and semi-structured interview. The participants' responses were analyzed using the thematic categorical analysis technique. From the results, the characterization of the PNB's families was presented, followed by a Minimum Map of Relationships (MMR) which described the formatting of the social and support network of the families, demonstrating an increase in Family Support, mainly by the members closest to the family, notably the father of PNB. But also the NICU team, friendships and spirituality. To better understand the content expressed in the statements, three thematic categories were created: 1) Experience of Prematurity, which covers the Meaning and Feelings about the experience of having a premature child and his hospitalization. 2) Support Network, which covers all people, services and institutions capable of providing caring and support to parents of premature newborns admitted to the NICU, represented by the following subcategories: Father; Other people who make up the network; NICU; and, How the support network manifests itself. 3) Parenting, this refers to the couple's marital relationship and the Meaning of Maternity and Paternity, attributed by men and women to the experience of becoming a mother and becoming a father. The presence and organization of a social support network for the parents of PNB admitted to the NICU, favors maternal and paternal performance. Therefore, this network should be sought and stimulated, aiming at the greater participation of the family, especially the father of the newborn, who occupies a prominent place in the maternal and child support network, as his support is pointed out by the mother as the most important of all, while its absence causes emotional suffering for her.

Keywords: Prematurity. Parenting. Social support network. Maternal and child health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES - MMR	245
FIGURA 2 FLUXOGRAMA DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	512
FIGURA 3 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DAS FAMÍLIAS DE RNPs INTERNADOS NA UTIN DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR.....	778

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 AMOSTRA NA UTIN NO PERÍODO PESQUISADO (NÚMERO DE RNS ELEGÍVEIS).....	
501	
TABELA 2 PERFIL DEMOGRÁFICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO	666
TABELA 3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO E REDE DE APOIO.....	58
TABELA 4 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NEONATO E APOIO DO PAI.....	61
TABELA 5 PERFIL DEMOGRÁFICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO.....	63
TABELA 6 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO E ASPECTOS REFERENTES À REDE DE APOIO.....	67
TABELA 7 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NEONATO E PROCESSO GRAVÍDICO.....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS EM 2018 NO BRASIL POR REGIÃO	156
QUADRO 2 SUBCATEGORIA DE PREMATURIDADE	156
QUADRO 3 AS TRÊS ETAPAS DO MÉTODO CANGURU	201
QUADRO 4 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE MATERNALIDADE	424
QUADRO 5 CONSTELAÇÃO DA MATERNALIDADE	434
QUADRO 6 ORIGEM E FATORES DE RISCO EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA DA MÃE	76
QUADRO 7 SÍNTESE DAS INFERÊNCIAS E QUANTITATIVO DE FALAS AGRUPADAS POR CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS	80
QUADRO 8 CATEGORIA VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE	812
QUADRO 9 CATEGORIA REDE DE APOIO	878
QUADRO 10 CATEGORIA PARENTALIDADE	1023

LISTA DE SIGLAS

AHRNBP - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido De Baixo Peso
CHC - Complexo Hospital de Clínicas
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNV - Declaração de Nascido Vivo
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
MC - Método Canguru
MMR - Mapa Mínimo de Relações
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
RC - Rede Cegonha
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RN - Recém-Nascido
RNBP - Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT - Recém-Nascido Pré-termo
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCINCA - Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCO - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPR – Universidade Federal do Paraná
UNICEF - Fundo das Nações Unidas Para a Infância
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.1.1	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	PREMATURIDADE	14
3.2	REDE SOCIAL DE APOIO.....	23
3.2.1	Rede social de apoio no contexto da prematuridade	25
3.2.2	O recém-nascido prematuro e o ambiente	31
3.2.3	O recém-nascido e a formação de laços afetivos	35
3.3	A FORMAÇÃO DA PARENTALIDADE	39
3.3.1	O processo de maternalidade	41
3.3.2	O processo de paternalidade	43
4	MÉTODO	46
4.1	TIPO DE ESTUDO	46
4.2	LOCAL DO ESTUDO	47
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	48
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	48
4.3.2	Critérios de exclusão.....	48
4.3.3	Recrutamento dos participantes.....	49
4.4	CÁLCULO AMOSTRAL.....	49
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	51
4.6	ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS	52
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55

5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
5.2	MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR) DAS FAMÍLIAS DE RNS PREMATUROS INTERNADOS NA UTIN.....	76
5.3	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS.....	78
5.3.1	Vivência da Prematuridade.....	80
5.3.2	Rede de Apoio.....	80
5.3.3	Parentalidade.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E RELACIONADO À GRAVIDEZ E NEONATO – COM A MÃE DO RN	118
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E RELACIONADO À GRAVIDEZ E NEONATO – COM O PAI DO RN.....	120
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A MÃE DO RN	121
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O PAI DO RN.....	122
	ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SD-UFPR.....	123
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE....	126
	ANEXO 3 – CERTIFICAÇÃO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.....	129
	ANEXO 4 – CERTIFICAÇÃO HOSPITAL REFERÊNCIA ESTADUAL MÉTODO CANGURU	130
	ANEXO 5 – MANUSCRITO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO – SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE PROMOÇÃO EM SAÚDE.....	131

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o MS, o recém-nascido (RN) com idade gestacional menor de 37 semanas, é considerado prematuro. Assim como, recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas são considerados de baixo peso e constitui um importante problema de saúde pública, devido ao alto percentual de morbimortalidade desta população, além de graves consequências médicas e sociais. Mundialmente, a taxa de prematuridade entre os recém-nascidos vivos é de dez por cento, ou seja, a cada dez bebês que nasce um, é prematuro. (BRASIL, 2014).

Conforme dados preliminares apresentados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS, no ano de 2018, o número de nascidos vivos no Brasil foi de 2.943.130 bebês, sendo que destes, 151.311 foram prematuros e, conseqüentemente apresentaram baixo peso ao nascer. Somente no estado do Paraná, nasceram neste mesmo ano, 8.616 prematuros, dentre eles, 3.076 nasceram em Curitiba e Região Metropolitana. Este cenário requer do poder público, a adoção de políticas de saúde voltadas ao enfrentamento desta realidade (DATASUS, 2018; BRASIL, 2014).

Ao esperar o nascimento de um filho, os pais projetam imagens mentais de uma criança saudável e pronta a ser levada para casa, para conviver junto da família. No entanto, tal desejo precisa ser adiado quando a vida começa diferente, como no caso do nascimento pré-termo e/ou de risco, e a conseqüente permanência do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), por um tempo que pode ser longo (MOREIRA, BRAGA, MORSCH, 2003; OLIVEIRA, et. al. 2013).

Com a chegada de um filho prematuro, os pais, (aqui compreendido a mãe e o pai), independentemente de suas particularidades, necessitam de uma rede de apoio que lhes dê sustentação para o desempenho de novos papéis sociais e competências para acolher e cuidar do filho.

Neste contexto, a família, quase sempre é mencionada como fonte primordial de apoio. É nela que os indivíduos se abastecem de segurança emocional, pois representa para além da consanguinidade, o aporte afetivo necessário ao desenvolvimento humano. Também é no interior da família por onde circula os valores éticos e solidários, que são passados de uma geração para as seguintes. A família comporta uma diversidade de configurações socioculturais; ela pode ser nuclear, monoparental, recomposta ou homoafetiva (HAYAKAWA, et. al., 2010; PEREIRA, 2015).

Geralmente o pai é o primeiro membro da família a visitar o RN na UTIN, após o nascimento, e é ele quem transmite as primeiras notícias sobre o filho para a mãe e demais familiares. O pai também é considerado fonte de apoio para a mãe na medida em que contribui decisivamente para o bem-estar de sua companheira, mesmo que seja só pela presença, aceitação ou prazer de compartilhar os momentos íntimos com o filho (PICCININI, et al., 2012; BARCELOS; ZANI, 2017).

Com o nascimento do filho prematuro e sua permanência na UTIN, os pais se veem diante à necessidade de buscar estratégias que permitam a superação das dificuldades que surgem deste processo. Nesse momento, conseguir identificar e mobilizar as fontes de apoio se torna fundamental, com destaque para a família nuclear e a ampliada. De igual forma, a religiosidade ou espiritualidade e fé, independente da crença ou prática religiosa também se mostra grande aliada dos pais que acompanham seus filhos internados na UTIN (OLIVEIRA, et. al., 2013; JARUSSI; ZANI, 2015).

As questões que envolvem o nascimento pré-termo vêm sendo trabalhadas nas maternidades públicas do Brasil há quase vinte anos, a partir de um novo modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada, denominada como Método Canguru (MC).

Este modelo de atenção reúne estratégias de intervenção biopsicossocial a partir do acolhimento aos pais que tem acesso livre à UTIN e são encorajados a realizar contato e cuidados o mais precocemente possível com seus filhos, contribuindo assim para o desenvolvimento do bebê e à promoção da saúde deste e de seus pais (BRASIL, 2017).

A maternidade do CHC-UFPR é reconhecida por sua filosofia de humanização na assistência durante o processo de nascimento, o que lhe conferiu desde 1995, o título de Hospital Amigo da Criança, pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância UNICEF (Anexo 3) além de ser Centro de Referência Estadual na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru, este último foi certificado pelo Ministério da Saúde em 2014 (Anexo 4).

Diante deste panorama, a filosofia e as rotinas do Serviço de Neonatologia nesta maternidade seguem os princípios norteadores do referido método buscando constantemente humanizar a assistência aos bebês e suas famílias por meio do trabalho multiprofissional, além de favorecer a alta precoce ao bebê de acordo com os critérios médicos e psicossociais, tais como: família segura e orientada quanto ao cuidado domiciliar do RN; compromisso materno e paterno para continuar realizando

a posição pele a pele pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.800 g; ganho de peso nos três dias que antecederem a alta hospitalar e sucção preferencialmente exclusiva ao peito. (BRASIL, 2017).

A realização deste estudo emerge a partir da atuação profissional em UTIN, local onde constantemente acompanhamos mães e pais de bebês prematuros que após o nascimento permanecem internados para receber uma gama de cuidados técnicos e especializados por equipe multiprofissional de saúde. Ao mesmo tempo em que suas mães recebem alta hospitalar e, a partir de então, ambos os pais passam a comparecer diariamente ao hospital para acompanhar e realizar cuidados maternos e paternos visando a saúde e o desenvolvimento de seus filhos.

Essa nova experiência exige um grande esforço físico e psicológico especialmente por parte da mãe, devido sua condição de parturiente. Assim, para que ela possa realizar estes cuidados, ela também necessita receber cuidados, provenientes de diversas fontes, que possam lhe dar sustentação para desempenhar a maternagem de maneira satisfatória, ou seja, de forma que possa ser promotora de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê. (STERN, 1997); (GOMES, et. al., 2011).

Por isso, com essa pesquisa busca-se conhecer como se constitui a rede social e de apoio destas mães e seus bebês, principalmente a importância que ela dá ao apoio recebido por parte do pai do RN, visando assim identificar e aprimorar medidas que possam fortalecer o desempenho materno e paterno, no âmbito da saúde pública, conforme preconizado pelo Método Canguru.

Diante da contextualização, a principal questão norteadora desta pesquisa, refere-se ao lugar que o pai do RN prematuro internado na UTIN, ocupa na rede de apoio materno infantil. A segunda questão que norteia esta pesquisa, diz respeito à compreensão do pai sobre o seu papel diante o nascimento do filho prematuro.

Ressalta-se a importância deste estudo, devido a escassez de pesquisas que abordem especificamente o lugar que o pai do RN ocupa na rede de apoio da mãe, bem como a compreensão que ele tem sobre sua função nessa rede, pois a maioria das pesquisas nesta área concentram-se na figura materna.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Apreender qual o lugar que o pai do RN prematuro ocupa na rede de apoio materno infantil durante o internamento em UTIN.

2.1.1 Objetivos específicos

- Descrever a compreensão do pai sobre seu papel no contexto da prematuridade.
- Analisar o perfil sociodemográfico dos pais de RNs prematuros internados na UTIN
- Caracterizar a rede social e de apoio das famílias dos RNs prematuros internados na UTIN;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREMATURIDADE

O nascimento pré-termo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) é definido como aquele que ocorre até 36 semanas e seis dias de gestação. Assim como o recém-nascido com peso igual ou menor que 2.500 gramas, é considerado de baixo peso e constitui um importante problema de saúde pública, devido ao alto percentual de morbimortalidade, além de graves consequências psicológicas e sociais.

Os recém-nascidos prematuros, ainda podem ser divididos em subcategorias, sendo elas: prematuro extremo (<28 semanas de gestação); muito prematuro (28 à <32 semanas); e o prematuro moderado a tardio (32 à <37 semanas). Em linhas gerais, um dos critérios primordiais para a definição de prematuridade é a idade gestacional - IG (OMS, 2016).

A prematuridade decorre de circunstâncias diversas e, em certa medida, imprevisíveis. Pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais. Acarretando às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Além de alterar as expectativas e anseios familiares que permeiam a perinatalidade (RAMOS; CUMAN, 2009; CHERMONT, et. al., 2020).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constataam que inúmeros fatores podem levar ao parto prematuro, especialmente os relacionados ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e deslocamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Além de infecções maternas, primiparidade e gemelaridade. Também é comum entre as mães adolescentes e aquelas com idade acima de 39 anos. Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida. (RAMOS; CUMAN, 2009); (OLIVEIRA, et. al., 2015); (CARVALHO; COELHO, 2017); (SOUZA; MAIA; ZEGO, 2019).

No que se refere à frequência de nascimentos prematuros, a implantação do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) em 1990 foi muito importante. Esse sistema criou a Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares. Isto possibilitou saber quem, como, onde e em que condições nascem estas

crianças e, a partir deste conhecimento, poder definir as diretrizes das políticas de saúde pública (RAMOS; CUMAN, 2009; PARIS; MATHIAS, 2012).

A partir de dados preliminares obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS/2018. É possível demonstrar o número de nascimentos prematuros e percentuais no território brasileiro.

Quadro 1 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS EM 2018 NO BRASIL POR REGIÃO

REGIÃO	NASCIMENTOS	PERCENTUAL (%)
1 Norte	319.032	10,8
2 Nordeste	835.522	28,4
3 Sudeste	1.146.883	39,0
4 Sul	395.788	13,4
5 Centro Oeste	245.905	8,4
TOTAL	2.943.130	100,0

Fonte: Adaptado DATASUS (2018)

Do total de nascidos vivos no Brasil no ano de 2018, 151.311 eram prematuros com idade gestacional menor de 37 semanas. (DATASUS, 2018)

O quadro de número 2 apresenta a incidência por subcategoria de prematuridade dos RNs no Brasil.

Quadro 2 SUBCATEGORIA DE PREMATURIDADE

SUBCATEGORIA	NUMERO DE NASCIDOS PREMATUROS	PERCENTUAL (%)
Prematuro extremo ($\leq$ 28 semanas de IG)	14.057	9,3
Muito prematuro (28 à < 32 semanas de IG)	24.174	16
Prematuro moderado a tardio (32 à < 37 semanas de IG)	113.080	74

Fonte: Adaptado DATASUS (2018)

No mundo, nascem 15 milhões de prematuros todo ano, uma média de 10% do total de nascimentos. De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, e publicada em dezembro de 2016, a taxa de prematuridade brasileira mostrou prevalência de 11,5% dos nascimentos, ocupando o 10º lugar no ranking mundial da prematuridade. Outro achado da pesquisa demonstra que 74% destes prematuros são tardios de 34 a 36 semanas gestacionais (FIOCRUZ/ENSP, 2016).

Destaca-se que em 2018 no estado do Paraná, nasceram 8.616 bebês prematuros, com idade gestacional menor que 37 semanas, correspondendo a 5,7 % do total de prematuros do país. Destes 3.076 RNs nasceram em Curitiba e Região

Metropolitana neste mesmo ano, sendo responsável por 35,7% do total de prematuros do estado do Paraná (DATASUS, 2018).

Segundo a OMS em 2017, em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida. Cerca de 80% dessas crianças tinham baixo peso ao nascer e em torno de 65% eram prematuras (OMS, 2018).

No entanto, em todo o mundo, a cada ano aproximadamente um milhão de recém-nascidos com baixo peso e infecções sobrevivem ao início de suas vidas, mas com algum tipo de deficiência, incluindo paralisia cerebral e problemas cognitivos. Contudo, um relatório lançado em 14/12/18, por uma coalizão global, que inclui o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, revela que o cuidado integral e em tempo adequado às mães e aos bebês pode atenuar essas maiores complicações (OMS, 2018).

A Organização Não Governamental Prematuridade.com, entrevistou no Brasil 2.900 famílias de bebês prematuros entre outubro de 2016 e junho de 2019 e constatou que dentre estes, 63,7% dos bebês permaneceram até 60 dias internados após o nascimento, 26% ficaram de 2 a 5 meses na UTIN e 1% dos RNs ficou mais de seis meses sob os cuidados intensivos. Sendo o período médio de internação desses bebês de 51 dias. (PREMATURIDADE.COM, 2019).

É importante considerar que a identificação dos fatores de risco do baixo peso ao nascer e da prematuridade é relevante para a saúde pública, na medida em que possibilita criar subsídios para o planejamento de estratégias de enfrentamento desse agravo. (CARVALHO; COELHO, 2017).

Para definição destas políticas, é importante, além de conhecer quantos nascem também quantos morrem, especialmente no primeiro ano de vida, pois, o coeficiente de mortalidade infantil evidencia uma série de fatores como, o conhecimento das mães, o nível de imunização, a disponibilidade de serviços de saúde, o acesso à renda e moradia da família, a disponibilidade de saneamento básico entre outros. Estes fatores indicam a síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população. Restando evidências de que as condições socioculturais, educacionais, e econômicas determinam as condições do nascer, desenvolver, adoecer e morrer. (RAMOS; CUMAN, 2009); (BRITO et. al., 2019); (FRANÇA; LANSKY, 2016).

Portanto, se faz necessário concentrar esforços e recursos para manter indicadores de saúde em níveis aceitáveis para que a médio e longo prazo resulte

em modificações das condições de vida e saúde das pessoas, traduzindo-se em qualidade de vida (KROPIWIEC, FRANCO, AMARAL, 2017).

No Brasil, as questões que envolvem o nascimento pré-termo vêm sendo trabalhadas desde o ano 2000, a partir da visão de um novo paradigma em neonatologia, que é Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC), sobre o qual detalharemos ainda neste capítulo. Antes, porém, se faz necessário resgatar alguns eventos, históricos nas Políticas de Saúde da Criança no Brasil.

Desde 1985 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e o importante encontro promovido pela OMS em Fortaleza, já havia consenso técnico e acadêmico de que a assistência obstétrica precisava melhorar em vários de seus aspectos lógicos e organizacionais (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), em oposição à atenção baseada em princípios tecnocráticos. (BRASIL, 2017).

Foi de grande importância para a consolidação desse movimento, a publicação em 1996, pela OMS, de diretrizes clínicas baseadas em evidências para a atenção ao parto normal, com recomendações que valorizavam práticas benéficas e indicavam a redução de intervenções desnecessárias. De igual forma a readequação física e tecnológica das unidades neonatais, incluindo portarias publicadas nos anos 88 e 89, com critérios de classificação entre unidades de terapia intensiva (BRASIL, 2017); (PEREIRA, et. al., 2018)

Neste período ocorre a mudança no perfil da mortalidade infantil, resultado de mudanças sociais e de um conjunto de ações de saúde priorizadas em década anterior. Também há a melhora na qualidade das informações sobre nascimentos e óbitos de recém-nascidos, o que favorece a organização da rede assistencial, com a ampliação de leitos neonatais intermediários e intensivos no setor público. Este também é um período de expansão do conhecimento sobre tecnologias e práticas de terapia intensiva neonatal com capacidade de garantir a sobrevida de RNPT ou gravemente enfermos (BRASIL, 2017; RAMOS; CUMAM, 2009).

A inclusão do cuidado neonatal, na agenda das políticas públicas para a infância, contribuiu para a reconfiguração da atuação política e técnica da Saúde da Criança no Brasil. Destaca-se, no entanto, que para além das ações de políticas públicas brasileiras, há na década de 90 um amplo debate internacional que compõe o que se denomina humanização em terapia intensiva, tanto pediátrica quanto de adultos. (BRASIL, 2017); (FRANÇA; LANSKY; REGO, 2017)

Em 2001, o MS lança o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), com os seguintes objetivos: readequar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais de saúde entre si e do hospital com a comunidade. Culminando em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) como política pública, também chamada de HumanizaSUS.

Visando enfrentar e superar os desafios quanto à qualidade e a dignidade no cuidado à saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho. Suas marcas centrais são: acolhimento, revisão de fluxos e rotinas hospitalares, visita ampliada, reformulação da ambiência, gestão colegiada, clínica ampliada, entre outras (BRASIL, 2017; PASCHE, D.F.et. al., 2011; BRASIL, 2006; BRASIL, 2001).

No campo perinatal, foi instituído em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal; da assistência ao parto; puerpério e ao recém-nascido, permitindo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2017).

Posteriormente, em 2004, consolidando a Saúde Integral da Criança o MS lança o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que reafirma e amplia o conjunto de ações estratégicas visando melhoria do cuidado perinatal. Esse pacto envolveu parcerias com diversas instituições e atores sociais do nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2017).

Nesse mesmo conjunto, estavam também definidas ações que buscavam a regionalização da assistência ao parto; a adequação da oferta de serviços (ampliação do cadastro e implantação de leitos neonatais); e a expansão da Rede de Bancos de Leite Humano. Também foi ressaltada nesse período, a garantia do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, assim como a garantia de acolhimento nos serviços, das gestantes e recém-nascidos (SOUTO, 2018); (BRASIL, 2017); (PINHEIRO, et. al., 2016).

Em 2011 o MS lança a Rede Cegonha (RC) a qual reafirma o compromisso com a busca de boas práticas na gestão e na Atenção Obstétrica e Neonatal e enfatiza a urgência na revisão dos processos de cuidado em maternidades brasileiras. Além da expectativa de valorização das boas práticas clínicas nos processos fisiológicos do parto e nascimento, os esforços para a garantia de práticas adequadas, qualificadas e humanizadas no cuidado intensivo neonatal, é foco específico da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - AHRNBP -

MC, também foram potencializados nesse momento de intensificação de uma política pública voltada para a qualificação e a humanização do cuidado perinatal (CAVALCANTI, 2013); (BRASIL, 2011).

Devido os resultados positivos imediatos e de médio prazo, sobre o desenvolvimento psicoafetivo, cognitivo e neuromotor, alcançados pelo MC desde sua formulação e implantação no Brasil, fez com que nos últimos anos os serviços de neonatologia comprometidos com as boas práticas e com excelência clínica, passaram a incorporar mudanças físicas e culturais em seus processos de trabalho, compatíveis com a melhor técnica de cuidado. De forma que hoje boa parte dos novos profissionais envolvidos com o cuidado neonatal já esteja desde a sua formação, em contato com o cuidado humanizado ao RN e sua família (BRASIL, 2017).

Assim, o MC é um modelo de atenção perinatal que promove a atenção qualificada e humanizada, adotando estratégias de intervenção biopsicossocial em adequado ambiente que favoreça o cuidado singular ao trinômio mãe/pai/bebê, e demais membros da família. (BRASIL, 2017).

A aplicação do MC começa numa fase anterior ao nascimento de um RN pré-termo e/ou de baixo peso (RNPTBP) De acordo com a estratificação de risco da gestante é definido a sua vinculação ao local do parto, assim a mulher é encaminhada à uma maternidade referenciada de médio ou alto risco, e ela pode durante o pré-natal, conhecer a UTIN, local onde possivelmente seu filho ficará internado após o nascimento. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados com o RN, visando minimizar os efeitos adversos do nascimento prematuro (BRASIL, 2017).

Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru, que consiste em manter o RN, em contato pele a pele, somente de fraldas, na posição vertical junto ao tórax dos pais garantindo o tempo mínimo de uma hora para respeitar a estabilização dos subsistemas do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de Saúde adequadamente capacitada (BRASIL, 2017).

Após duas décadas da implantação do MC no Brasil, há uma vasta evidência científica, nacional e internacional demonstrando as vantagens em sua utilização; entre elas está a redução do tempo de separação mãe/pai/filho, o que

facilita o aleitamento materno a formação do apego e fortalecimento do vínculo afetivo, além de aumentar a competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar. (BRASIL, 2017).

O RN se beneficia com a posição canguru, na medida em que consegue obter melhor controle térmico, melhor desenvolvimento neuropsicomotor, reduzindo seu estresse e dor e aumentando sua estimulação sensorial protetora para um desenvolvimento integral (BRASIL, 2017).

Numa revisão sistemática da Cochrane Library, Conde-Agudelo e Diaz-Rosselo, (2014), mostraram que a utilização do MC é a estratégia que impacta positivamente na redução da morbimortalidade dos recém-nascidos de baixo peso.

O MC é desenvolvido em três etapas, e estão descritas no quadro 3, conforme o Manual Técnico Método Canguru do MS, (BRASIL, 2014).

Quadro 3 AS TRÊS ETAPAS DO MÉTODO CANGURU

Primeira Etapa	Inicia-se no pré-natal da gestante que apresenta algum risco materno/infantil e, portanto, necessita de cuidados especializados; perpassa o parto/nascimento, e segue durante a internação do recém-nascido na UTIN e/ou na UCINCo. Nesta etapa, são realizados diversos cuidados especializados, a começar pelo acolhimento da mãe do pai e demais familiares, garantindo o livre acesso ao companheiro ou alguém da escolha da gestante na hora do parto, e posterior permanência sem restrição de horário na UTIN. A visita do pai ao RN é incentivada o mais precocemente possível, e a mesma deve ser acompanhada por um profissional da equipe de cuidados que lhe acolhe e repassa as primeiras orientações sobre seu filho e o ambiente em que se encontra, reforçando a importância do envolvimento dos pais no cuidado ao filho para o seu desenvolvimento, bem como, o empoderamento destes; o mesmo processo é repetido por ocasião da primeira visita da mãe ao seu filho. O contato pele a pele, é incentivado desde o primeiro encontro do pai e da mãe ao seu filho, iniciado muitas vezes com um sutil toque de dedo no corpo do bebê, evoluindo para toques mais amplos e seguros, até chegar o momento de segurar o filho na posição canguru. De igual forma o suporte e apoio para a amamentação também é realizado com prioridade na UTIN. Intervenções no ambiente da UTIN também são realizadas com o objetivo de diminuir os níveis de estímulos adversos, tais como ruídos, luzes, odores; bem como, o incentivo para que haja visita dos irmãos do bebê e dos avós durante o internamento
Segunda Etapa	Este é o momento em que a mãe é convidada a ficar com seu RN na UCINCa, em tempo integral, onde ela vai assumindo cada vez mais, os cuidados do filho sob a orientação e apoio da equipe de saúde. Nesse momento são garantidos todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno, e a posição pele a pele é realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados são estimuladas, devido sua importância para a companheira e para o RN. A interação do pai junto ao binômio mãe/bebê é relacionada aos melhores resultados sobre a amamentação. Os critérios de elegibilidade para esta etapa são: da parte do recém-nascido: ter estabilidade clínica; estar em nutrição enteral plena; ter peso mínimo de 1.250 g. E da parte da mãe: ter desejo e disponibilidade; ter apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral; haver consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde; saber reconhecer os sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru. Mesmo que o RN esteja utilizando medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes, ou ainda, fototerapia e cateter de oxigênio ele pode permanecer na UCINCa

Terceira Etapa	Tem início com a alta hospitalar do RNPT e/ou de baixo peso (RNBP) que a partir de então passa a receber a continuidade do cuidado de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica, conforme os pressupostos do MC, que envolve um olhar integral à criança, ao seu momento e suas necessidades, bem como à sua família. Para iniciar esta etapa é necessário que a mãe esteja segura, motivada, bem orientada e comprometida para dar continuidade aos cuidados no domicílio, bem como continuar realizando a posição pele a pele pelo maior tempo possível. Da parte do RN, há a recomendação por parte do MS de que ele tenha o peso mínimo de 1.600 g. No, entanto, no Serviço de Neonatologia do CHC, adotamos como critério mínimo para a alta hospitalar o peso de 1.800 g. e a idade gestacional de 35 semanas.
---------------------------	--

Fonte: Adaptado Manual Técnico Método Canguru BRASIL (2014)

Após a alta da UTIN o RN deve retornar em 48 horas para sua primeira consulta com a equipe de saúde que o acompanhou durante o internamento. As demais devem ser no mínimo, uma vez por semana, na Unidade Básica de Saúde UBS e/ou no hospital. O acompanhamento ambulatorial do RN no hospital é assegurado até o peso de 2.500 g, compartilhado com a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A rede sociofamiliar de apoio (família nuclear, parentes e amigos), que foi estabelecida enquanto a mãe estava acompanhando o RN no hospital, deve continuar presente e atuante. Nesta etapa, os profissionais da Atenção Básica de Saúde que já haviam iniciado o contato com a gestante durante o pré-natal, também são grandes aliados na tarefa de cuidar da criança egressa da unidade neonatal, bem como de sua família, ajudando a compor a base da rede social de apoio do trinômio: mãe/pai/bebê (BRASIL, 2017).

Assim, visando aprimorar a segurança e autonomia das equipes multiprofissionais de saúde, o MS iniciou em 2011 os cursos de capacitação e elaboração de materiais de apoio sobre o MC para o Seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica, (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que atualmente a maternidade do CHC, enquanto referência estadual no MC, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde têm realizado cursos de sensibilização e de formação de multiplicadores da metodologia Canguru para as equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica em todo o estado do Paraná.

Contudo, humanizar a assistência continua sendo um desafio constante na área da saúde, conforme demonstra uma pesquisa realizada entre 2017 e 2018, pelo programa Rede Mãe Paranaense com o objetivo de avaliar a estrutura de cinco maternidades de risco habitual, intermediário e alto. O resultado da pesquisa demonstrou que as maternidades de modo geral revelaram deficiência na

infraestrutura, como falta de equipamentos de emergência, insuficiência de equipe multidisciplinar, déficit na oferta de protocolos clínico-obstétricos, institucionais e de capacitações direcionada aos recursos humanos, para melhor cumprir as regulamentações nacionais de qualificação da assistência e de segurança do paciente na atenção ao parto. (FRANCHI, et. al., 2019).

Estas constatações coadunam com outros estudos realizados na rede SUS, como a pesquisa em um hospital na região Sudeste do Brasil em 2017, cujo objetivo foi analisar as facilidades e dificuldades de implementação da Política Nacional de Humanização sob a ótica dos profissionais de saúde. Foi constatado que há situações que dificultam a implementação da humanização na unidade, como problemas relacionados a ambiência, tempo de espera e espaço físico, assim como àqueles relacionados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço e mecanização do trabalho, portanto, para que o profissional possa cumprir com suas obrigações de atender os pacientes de forma humanizada, deverão ter sido ofertadas condições de trabalho satisfatórias. Portanto, a Política Nacional de Humanização deve continuar tentando se firmar, em busca da atenção, seja especializada ou não, centrada no usuário e apoiada em profissionais e gestores comprometidos com o serviço público, visando a integração e a qualidade plena (TRACERA; SILVA; MOURÃO, 2017).

Outro estudo entrevistou 28 profissionais de enfermagem de um hospital universitário pertencente ao SUS e referência para média e alta complexidade, cujo objetivo foi conhecer a visão da equipe sobre a humanização da assistência às crianças e famílias na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Os entrevistados disseram que há algumas condições que favorecem atitudes humanizadas, como o "bem-estar do profissional", o "bom relacionamento com toda a equipe", a "formação e capacitação profissional", além do "trabalho reconhecido e valorizado". Em contraponto, os fatores que dificultam a assistência humanizada são a "redução no quadro de funcionários", o "tempo", a "alta demanda de pacientes" e "falta de informação teórico-prática" (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

No contexto da Humanização, Rios e Battistella, (2013) discutem o desenvolvimento da humanização nas práticas de saúde enquanto política institucional em um Serviço-Escola dos SUS. E sugere que a humanização seja adotada como uma estratégia de gestão capaz de superar ações predominantemente lúdicas e comemorativas, isoladas, e de pouco impacto na vida institucional a partir de uma visão sistêmica, organizada e tecnicamente amparada,

que busca a disseminação de conceitos e práticas alinhadas a uma política que almeja a cultura da humanização em todos os seus matizes. Prática esta que seja capaz de superar resistências e implementar mudanças de atitude no longo caminho da humanização.

3.2 REDE SOCIAL DE APOIO

As redes sociais são definidas por Sluzki (1997) como as relações que abrangem tanto a família nuclear ou extensa, quanto os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo e as relações que são estabelecidas na comunidade. As redes, de modo geral, proporcionam o apoio social que remete à ajuda mútua, potencializada quando uma rede social é forte e integrada. Assim, a rede social de apoio representa o arcabouço de relações entre sujeitos que estão conectados por laços afetivos, nas quais, ocorrem trocas subjetivas e objetivas (SLUZKI, 2010).

Desta forma, a rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo, incluindo a família extensa, os amigos, a vizinhança, a organização sindical, religiosa, política, sistema de saúde, entre outros; envolvendo tanto as relações íntimas quanto aquelas ocasionais. E o apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social que possuem vínculos e por meio deles faz circular os recursos de apoio, efetivamente importante para as pessoas (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; FALCETO, 2002).

Due, (1999); Dessen & Braz, (2000); Griep, (2003) referem que a rede social pode ser compreendida como um sistema composto por vários objetos sociais, tais como pessoas, funções e situações que oferecem apoio instrumental ou material; emocional; de informação ou educacional e de interação social positiva à pessoa em suas diferentes necessidades.

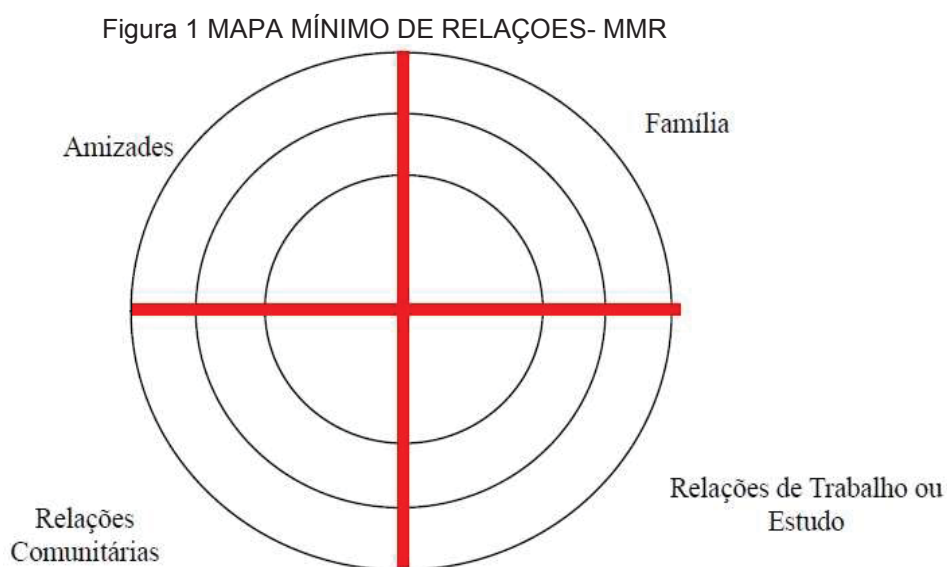
O apoio instrumental/material compreende o auxílio prático e concreto, tem a ver com o provimento de necessidades materiais em geral (limpeza de casa, realização de transporte, ajuda financeira, ajuda para cuidar de filhos pequenos, etc.). O apoio emocional refere-se aos sentimentos de afeição, aprovação, empatia e preocupação com o outro, e também a ações que levam a um sentimento de pertença a determinado grupo social. O apoio informacional diz respeito ao fornecimento de informação com caráter educativo, se apresentam em forma de

conselhos, esclarecimentos, orientações, socialização de conhecimentos específicos que ajudam na resolução e/ou adaptação diante de problemas. A interação social positiva refere-se a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (HAYAKAWA, et. al. 2010; GRIEP, 2003; DESSEN & BRAZ, 2000; DUE, 1999).

Brito e Koller (1999, p. 115), por sua vez, utilizam a terminologia de rede de apoio social e a definem como “o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõe os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”, que proporcionam apoio e reforço às estratégias de enfrentamento por meio do carinho, encorajamento e assistência ao indivíduo diante das situações de vida.

Para melhor compreender as interações que os indivíduos estabelecem, Sluzki (1997) refere que a rede social pessoal pode ser configurada em forma de um “mapa de rede”, ou “mapa mínimo de relações” (MMR).

O autor propõe a sistematização do mapa em quatro quadrantes que simbolizam família, amigos, relações de trabalho ou estudo e relações comunitárias, conforme apresentado na Figura 1 (SLUZKI, 2010).



FONTE: SLUZKI, 2010.

Esta configuração se dá a partir de três círculos circunscritos. O círculo central abrange uma área correspondente às ligações íntimas, as pessoas com as quais se podem compartilhar intimidade; este círculo geralmente é ocupado por pais ou irmãos próximos, um companheiro, amigos próximos e alguns outros indivíduos especiais, talvez colega ou um amigo de escola, pessoas de total confiança. (SLUZKI, 2010; BRITO & KOLLER, 1999).

O círculo intermediário abrange uma área de relações caracterizadas por conexões sociais sem um alto grau de intimidade. Incluem amigos sociais, com os quais se compartilha atividades sociais, como jantares, esportes, trabalho confortável ou trocas de estudo, etc. Enquanto o círculo externo delimita uma área de conhecimentos, isto é, as pessoas com quem se tem contato ocasional (SLUZKI, 2010; BRITO & KOLLER, 1999).

Segundo Sluzki, (1997), adotar a perspectiva de rede no campo da saúde, significa que além de identificar a teia de interações estabelecidas frente a uma situação de crise, e o modo como as pessoas lidam com a experiência da doença, permite também, elaborar uma intervenção com papéis e funções definidas. Nessa perspectiva, o autor estabelece correlação entre ter saúde e possuir uma rede social firme, dinâmica e confiável, representando fator de risco para a saúde quando há carência de relações sociais.

Tanto Brito e Koller (1999), quanto Sluzki (1997), destacam que as consequências em curto prazo do apoio social estão relacionadas ao incremento da capacidade da pessoa para enfrentar os eventos da vida.

Em longo prazo, por sua vez, as consequências desse apoio dizem respeito ao funcionamento saudável, o que denota características de resiliência e um desenvolvimento adaptativo. O apoio social está ancorado a um fenômeno para além dos cuidados das pessoas doentes ou em crise e é um modo de circulação de recursos conduzido por práticas de sociabilidade que proporciona efeitos benéficos à saúde das pessoas (FONTES, 2007).

3.2.1 Rede social de apoio no contexto da prematuridade

O apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, especialmente durante períodos de transição e de mudanças (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014).

O nascimento de um filho corresponde a uma dessas situações em que se requer a adaptação para o desempenho de novos papéis e funções, especialmente da mãe, do pai, mas também de parentes mais próximos, como os irmãos, os avós e tios, para acolher as demandas do bebê e manter o equilíbrio do sistema familiar (OLIVEIRA, 2007; DESSEN & BRAZ, 2000).

Sobretudo, quando ocorre o nascimento de um bebê prematuro, configurando-se numa situação de crise aguda, ansiogênica e desgastante. A

separação imposta pela internação do bebê numa UTIN é dolorosa para a mãe, para o pai e também para o bebê, podendo ter repercussões sobre todo o grupo familiar (ANDREANI, CUSTÓDIO, CREPALDI, 2006; LINHARES, 2002).

Pode-se dizer que juntamente com o nascimento de um bebê prematuro, nasce também uma mãe e um pai prematuros, uma vez que tudo aquilo que estava a princípio organizado ou planejado é modificado de forma abrupta com o nascimento antecipado do filho, e conseqüentemente sua permanência na UTIN. (MORCH, 2003).

Segundo Moreira, Braga e Morsch, (2003), devido o estranhamento e insegurança que essa situação provoca nos pais e pela dificuldade do bebê em interagir de maneira evidente, decorrente de sua fragilidade, que costuma ser percebida pelos pais como sendo extrema, pode haver dificuldades no estabelecimento dos vínculos afetivos da tríade mãe-pai-bebê.

De modo que a experiência de ter um filho prematuro é vivenciada pelos pais de forma diversa. Porém, guardam similaridade quanto às emoções de angústia, medo, tristeza, culpa e insegurança a respeito da sobrevivência e normalidade de seu filho, quando o futuro repentinamente se torna incerto diante a internação do filho em uma UTIN (OLIVEIRA, et al., 2013; BOTELHO, et al., 2012; SHMIDT, et al., 2012).

Estes sentimentos são agravados devido ao fato de que o ambiente desconhecido, repleto de tecnologia e aparelhos, onde seu filho deverá permanecer por algum tempo, para restabelecer sua continuidade na vida; costuma ser percebido pelos pais como assustador, hostil e pouco acolhedor (MOREIRA, BRAGA, MORSCH, 2003).

No entanto, estes sentimentos vivenciados pelos pais, podem ser amenizados à medida que recebem orientações e passam a confiar na equipe que cuida de seu filho; e assim, aos poucos, e ao perceberem a melhora das condições de saúde do filho, conformam-se quanto à necessidade do mesmo permanecer na UTIN, até que possa receber a tão esperada alta hospitalar (SHMIDT, et. al., 2012; CAVALHO, et. al. 2009).

Percebe-se no ambiente de uma UTIN a importância em manter um canal permanente de comunicação clara e efetiva entre a equipe multiprofissional de saúde e os pais do bebê. Segundo Pinheiro et al. (2009), a comunicação deve sempre ser considerada uma ação de mão dupla que permite a expressão das experiências vividas pela família por meio de uma escuta atenta, e que valoriza o

saber desta e, sobretudo, suas demandas específicas. Portanto, fornecer informações claras, com sensibilidade e no momento oportuno, permite aos pais participarem das possíveis decisões quanto à conduta a ser tomada; possibilitando-lhes vivenciar as suas necessidades e sofrimentos, tornando-os mais ativos e protagonistas nos cuidados com o seu filho e parceiros no relacionamento com a equipe de saúde.

Desta forma, a equipe pode exercer uma importante função protetora no estabelecimento do apego e vínculo que são vitais para uma relação afetiva estável e permanente entre os pais e seu filho recém-nascido, especialmente porque estas primeiras relações, são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras. (BRASIL, 2017; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

Portanto, a equipe multiprofissional de saúde passa a compor parte da rede social de apoio às famílias da UTIN, a partir do acolhimento aos pais em seus sentimentos de medo e de perda, que por si só, costuma dificultar a própria compreensão da real condição de saúde do seu filho; oferecendo-lhe apoio constante, e incentivando-os à aproximação e aos primeiros contatos com o filho.

Os autores Oliveira et al. (2013) e Pinheiro et al. (2009) referem que é justamente nesse processo de enfrentamento e adaptação cotidiana que se torna possível a elaboração de estratégias que capacitem os pais a lidarem com os desafios diários dessa experiência, que pode redundar na recuperação completa de seus filhos ou mesmo na perda irreparável destes para a morte.

Por isso, se torna tão importante que a equipe de saúde da UTIN perceba as tramas implícitas e explícitas em jogo, para poder identificar com a família os possíveis caminhos na construção de relações sociais efetivas. No contexto da saúde perinatal, frente a uma situação de crise e de riscos imposta pela condição da prematuridade, é fundamental conhecer os recursos pessoais e institucionais de que a criança e a família dispõem e de como esses recursos podem interferir no enfrentamento e superação desta situação (ANDREANI, CUSTÓDIO, CREPALDI, 2006).

Além de que pessoas com boas redes de apoio social e afetivo são mais competentes para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, fazendo parte da rede de outras pessoas, e tendem a ter capacidade aumentada para enfrentar eventos estressantes da vida (RAPOPORT, 2003; BRITO; KOLLER, 1999).

Segundo Pinelli (2000), o ajustamento familiar ou a habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor como a prematuridade, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias de enfrentamento que esta utiliza diante do nascimento pré-termo, e durante a internação do bebê na UTIN.

Na atualidade, a família apresenta novas configurações, que vai além da tradicional família nuclear; algumas são menos numerosas; dirigidas por pais ou mães solteiros (as), famílias homoafetivas, famílias reconstituídas, famílias adotivas e, homens assumindo a tarefa de cuidar dos filhos entre outros. Essas novas modalidades apresentam especificidades a partir de diferentes culturas, mas, possuem raízes universais de padrões interativos entre mãe, pai e bebê (BRASIL, 2014); (DIAS, 2015).

Segundo o IBGE (2015), a família vem a ser um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.

As famílias brasileiras revelam uma multiplicidade de maneiras e conformações, tais como ampliação do número de mães solteiras, separações e divórcios, manifestação de novos padrões de sociabilidade e relações de gênero. Com destaque para as famílias monoparentais, as quais só tiveram seus direitos legitimados a partir da Constituição Federal de 1988, que a caracteriza como uma moradia composta por um dos pais e seus filhos. Portanto, qualquer pai ou mãe que conviva sem o cônjuge, com um ou vários filhos, são compreendidos enquanto família monoparental (DE ARAUJO; SLOB, 2017).

De toda forma, a equipe perinatal deve estar preparada para as mudanças no contexto das relações afetivas e promover inclusão e auxílio na formação da rede social de apoio. A mesma preocupação deve estar presente no acompanhamento dos casos de gestantes usuárias de drogas, as quais necessitam receber apoio, principalmente de familiares dispostos a acolher a mãe e responsabilizar-se legalmente pelo bebê, enquanto ela busca engajar-se em alternativas de tratamento para a dependência de substância psicoativa (BRASIL, 2017).

Winnicott (2001) ressalta que a família é um dado essencial de nossa civilização, encontrando no pai e na mãe suas principais características estruturais. Para este autor, a existência da família e a preservação de uma atmosfera familiar resultam do relacionamento entre os pais e suas interações no contexto social em

que vivem. E assim, cada grupo social depende, para ser o que é de seu relacionamento com um grupo social mais vasto.

Neste contexto, o bebê quando nasce depende absolutamente do cuidado de ambos os pais, que juntos assumem a responsabilidade por criar e cuidar do filho, visando seu desenvolvimento e autonomia. No entanto, este processo do cuidado proporcionado pelos pais evolui para a família e esta palavra começa a ter seu significado ampliado e passa a incluir os avós, tios, primos e outros indivíduos que adquirem o status de parentes devido à sua grande proximidade ou a seu significado especial, como os padrinhos, por exemplo, (WINNICOTT, 2001).

Nota-se com isto a necessidade humana de ter um círculo de apoio recíproco cada vez mais largo para proporcionar cuidado ao indivíduo. Neste contexto a família quase sempre é tida como ponto de referência e de segurança emocional para os seus membros, pois ela representa o aporte afetivo necessário ao desenvolvimento humano, bem como, o espaço por excelência para fazer circular os valores éticos e solidários (HAYAKAWA, et al. 2010).

Geralmente o primeiro apoio social que os pais do RN prematuro recebem, vem dos parentes mais próximos, como os avós e os tios do bebê, que costumam se reorganizar de forma a poder ajudar. Este apoio consiste em subsidiar os cuidadores principais que geralmente são as mães, mas também os pais em todas as suas necessidades, principalmente emocional e psicológica, de modo que possam dedicar-se mais e melhor ao bebê, tornando-os com isto, mais confiantes e seguros (GOMES, et. al., 2011).

Segundo Stern (1997, p. 31) “este apoio é como uma rede maternal, necessária para as mães, pois tem a função de: protegê-la fisicamente, prover suas necessidades vitais, e, afastá-la da realidade externa para que ela possa ocupar-se de seu bebê”.

Outra função desta rede é a de instruir a mãe e ajudá-la em suas tarefas nesse momento. É somente nessas condições que a mulher será capaz de alcançar bons resultados nas tarefas de manter o bebê vivo, crescendo e se desenvolvendo fisicamente e, ao mesmo tempo, envolver-se emocionalmente com ele, amando-o, identificando-se com ele e sendo sensível para melhor responder às suas necessidades. Nesse sentido, há uma clara associação entre o apoio social e a segurança do apego. (STERN, 1997); (CUSTÓDIO, 2010).

A literatura tem demonstrado que a disponibilidade e a posse de uma rede de apoio social favorecem a responsividade materna, principalmente em condições

estressantes, e podem trazer benefícios a curto e longo prazo para a mãe, a criança e o próprio casal (RAPOPORT, PICCININI, 2006).

Uma das estratégias adotadas pela família ampliada é a organização de um esquema de rodízio para que sempre tenha alguém para oferecer suporte ao familiar que permanece no hospital, seja por meio das visitas, do cuidado com os outros filhos que estão em casa, de ajuda financeira ou mesmo por meio do recebimento de ligações telefônicas, diariamente, de parentes e colegas (GOMES, et al. 2011; HAYAKAWA, et al. 2010).

Segundo um estudo realizado com familiares que cuidam de filhos hospitalizados revelou que as visitas dos familiares podem trazer benefícios psicológicos, uma vez que as mães e os pais quando podem compartilhar com a família sua experiência, tem a sensação de que não estão sozinhos no hospital e relatam satisfação ao receber a visita de membros da família ampliada, pois desta forma sentem-se ligados ao meio externo ao hospital (GOMES, et al.2011).

No contexto da prematuridade, cada família pode fortalecer sua identidade como grupo social, superar suas fragilidades e vulnerabilidades, agindo e reagindo, lutando e enfrentando os desafios diários que a hospitalização da criança lhes impõe, na tentativa de restabelecer o seu ponto de equilíbrio perturbado pelas mudanças decorrentes do processo de doença do filho recém-nascido. Para algumas delas, as mudanças e situações vivenciadas nesse contexto, refletem sentimentos de solidariedade que podem ressignificar ou acentuar os vínculos afetivos entre seus membros (GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Nesse momento, saber identificar e mobilizar as fontes de apoio se torna fundamental, com destaque para a família nuclear e a ampliada, bem como a religiosidade ou espiritualidade, que costuma gerar conforto e esperança, para que os pais continuem acreditando na recuperação do seu filho. A religiosidade ou espiritualidade e fé, independente da crença ou prática religiosa de cada sujeito, também é percebida como grandes aliadas das famílias dos bebês que se encontram internados na UTIN, indicando ser uma fonte poderosa de apoio para estas famílias enfrentarem o processo saúde-doença (JARUSSI; ZANI 2015).

A fé em Deus representa a ideia de esperança, conforto e alívio para enfrentar situações de sofrimento e incertezas. A fé é referenciada como suporte para o enfrentamento da angústia decorrente da internação do recém-nascido na UTIN, enquanto Deus é sempre associado ao sentimento de força, segurança e

conforto para a superação da situação de sofrimento e provação (JARUSSI; ZANI, 2015; OLIVEIRA, et. al. 2013).

A fé proporciona à família melhor controle interno de emoções, resultando em maior habilidade para se sentir confortável na situação de vulnerabilidade, enquanto a esperança apresenta-se como um sustentáculo que mantém a família fortalecida no decorrer dos dias, semanas ou meses enquanto acompanha e aguarda o restabelecimento da saúde de seu filho doente, servindo de consolo e ajuda para conviver em momentos de crise decorrente do processo de hospitalização (SANTOS, et. al. 2012; GOMES, et. al. 2011; HAYAKAWA, et. al. 2010).

Oliveira et al. (2013) salienta que as famílias ao vivenciar a experiência desafiadora de ter um filho prematuro e todos os medos decorrentes deste fato, mobilizam as suas crenças e fé, esperando que aconteça um milagre em suas vidas que dê sentido para poder viver e realizar cuidados e apego ao filho fragilizado.

3.2.2 O recém-nascido prematuro e o ambiente

De acordo com Winnicott (2002), o bebê que nasce prematuro requer um ambiente facilitador capaz de suprir as suas necessidades básicas e oferecer-lhe proteção. Visando garantir a sua sobrevivência e o desenvolvimento físico e psíquico.

Corroborando com essa teoria a afirmação de Brazelton (2002), revelando ao mundo a importância do cuidado, ou também denominado por ele, de afeto sustentador para a saúde física, emocional, social e intelectual das crianças desde os primeiros momentos de vida do bebê. Garantindo a estes uma base segura para passar com sucesso pelos estágios da primeira infância, ocasião em que as crianças requerem um cuidado sensível, sustentador, para poder construir a capacidade de confiança, empatia e compaixão.

Neste contexto, facilitação significa a existência de adaptação às necessidades físicas do RN, tais como aquecimento, alimentação entre outras e também as sutis que só o contato humano pode satisfazer, por meio do toque, do cheiro, da voz, especialmente a da mãe, que lhe é familiar, e carregada de sentido, devido a forma especial que a mãe utiliza para falar com seu bebê. Esse modo particular que caracteriza a fala materna está presente em muitas culturas. Em nossa cultura brasileira ganhou o nome de “manhês” ou “mamanhês”. Assim, por

ambiente, entende-se tanto o ambiente físico e tecnológico, tais como: incubadora aquecida, respirador, sonda nasal e tantos outros, reconhecido como tecnologia dura dentro de uma UTIN, quanto o ambiente humano e garantidor de um desenvolvimento psíquico e estável, reconhecido como tecnologia leve (WINNICOTT, 2002; FERREIRA, 2001).

Neste ambiente humano, a interação afetiva entre o bebê e seus pais deve ser buscada o mais precoce possível, pois, segundo Winnicott (2006), é importante que o bebê vivencie experiências gratificantes de cuidado e afeto para o desenvolvimento inicial de seu potencial humano.

Este mesmo autor desenvolveu o conceito de *holding* para significar que a mãe, o pai ou substituto seguram fisicamente o bebê, mas também o retém, o contém, o sustém psicologicamente. Leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê e a falta de conhecimento por parte deste da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo (WINNICOTT, 2001).

O *holding* abrange uma rotina completa de cuidado dia e noite, por meio de uma relação direta entre os pais e seu bebê. Em caso de nascimento pré-termo, em que a mãe e o pai ficam em parte, privados de oferecer o *holding* físico e psicológico, já que o bebê, devido a seu estado, necessita de cuidados da equipe de saúde, mesmo assim eles oferecem a seu bebê o que este autor chama de contato sem atividade, mas que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre mãe e bebê (WINNICOTT, 2001).

Nesta seara, Winnicott (2001) criou o conceito “preocupação materna primária”, o qual diz respeito ao desenvolvimento de um estado psicológico da mãe, que começa a se desenvolver em torno do final da gestação e se prolonga por algumas semanas após o parto. Este estado de sensibilidade especial é caracterizado por uma surpreendente identificação com o filho, o que a capacita a colocar-se no lugar do filho, adaptar-se às suas necessidades e dar acolhimento as suas angustias. E assim, ela pode antecipar-lhe os desejos e desta forma exercer suficientemente bem, o cuidado materno. (WINNICOTT, 2001); (BATTIKHA, 2001).

Porém, a qualidade desse cuidado é assegurada pelo ambiente proporcionado à mãe, haja vista que ela também entra num estado de necessidade especial de suporte e aconchego, para então poder dedicar-se aos cuidados com o seu bebê (WINNICOTT, 2001; STERN, 1997).

Esse momento é apontado por diversos autores, como sendo o de maior importância da presença do pai junto à mãe, para fornecer suporte principalmente

emocional, mas também físico e social, desde a gestação, parto e primeiros dias após o nascimento do filho. Brazelton e Cramer (1992) afirmam que o fato da futura mãe reconhecer o desejo e o papel do pai como co-criador do filho, a ajuda a ver o bebê, como um indivíduo separado de si mesma; e a assegura que ela não é a única responsável por possíveis sucessos ou fracassos que podem acontecer com o filho.

Ao mesmo tempo, esse também é o momento privilegiado para criar a relação afetiva e duradoura entre o pai e o filho, concorrendo para o fortalecimento da maternidade e da paternidade. Nesse domínio, mãe e pai se complementam e possibilitam maiores efeitos na socialização e desenvolvimento da criança (CARVALHO, BRITO, 2008; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000; WINNICOTT, 2000; OIBERMAN, 1994).

Essa assertiva emerge num estudo realizado com profissionais de enfermagem na UCINCa, em uma maternidade do Rio de Janeiro, demonstrando que os profissionais percebem a importância do envolvimento afetivo e efetivo do pai, especialmente quando estes se fazem presentes e realizam o contato pele a pele com o filho. Desta forma, garantem suporte físico e emocional para a mãe, proporcionando conforto, segurança e felicidade, com repercussão positiva para a amamentação. Assim, o enfoque do pai que ora está no bebê, ora na mãe, fortalece o elo familiar que reside nessa cooperação (SANTOS, MACHADO, CHRISTOFFEL, 2013).

Esse estudo reforça o entendimento de que 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. Pois, até então, essa relação com o bebê era mediada pela mãe durante a gravidez (OIBERMAN, 1994).

Em vista disto, a participação ativa do pai é importante desde o ciclo gravídico-puerperal e deve ser valorizada pela equipe de saúde; uma vez que o pai é considerado em diversos estudos como fonte de apoio para a mãe; sua apreciação, como companheiro, como pai do seu filho e como homem é de grande importância na medida em que contribui decisivamente para o bem-estar de sua companheira, mesmo que seja só pela presença, aceitação ou prazer de compartilhar os momentos íntimos com o filho. De forma que a mulher que recebe apoio emocional do companheiro alcança melhores resultados na amamentação e no desenvolvimento de sua função maternal (BRASIL, 2013; PICCININI, et al., 2012; FALCETO, 2002; DESSEN, BRAZ, 2000; BRAZELTON, CRAMER, 1992).

Numa recente revisão de literatura, Barcellos, Zani (2017), revelam que o novo pai traz uma concepção ampliada para além do papel de provedor, relacionada à afetividade e aos cuidados ao seu filho. E lembra que o pai, geralmente é o primeiro membro da família a comparecer na UTIN após a admissão do RN, portanto, é ele quem recebe as primeiras informações acerca do estado de saúde do mesmo; entre outras orientações referentes ao acompanhamento na Unidade. Dessa forma, ele se torna o porta-voz das notícias sobre o filho a ser transmitida primeiramente à mãe que permanece no centro obstétrico após o parto; bem como aos demais familiares.

Por vezes, observa-se nestes pais a preocupação em transmitir tais notícias de uma forma que possa poupar a mãe de grandes impactos emocionais. A partir deste momento, ele percebe que existem dois membros de sua família que necessitam de cuidados (mãe e filho), e assim, assumem seu papel como protetor da família. (BARCELLOS, ZANI, 2017; PICCININI, et. al., 2012).

Corroborando com esta atitude protetora do pai, o fato de que ele costuma demonstrar mais otimismo com relação ao estado de saúde do filho em comparação com o que demonstra a mãe. Pode-se dizer que o pai que participou ativamente da gestação e/ou do parto decorrente de uma situação de risco, culminando no nascimento pré-termo, ao constatar que o filho e a mãe estão vivos, sente o alívio em perceber o milagre da vida. A confirmação de que ambos sobreviveram, é considerada pelo pai, uma grande vitória, e assim consegue apostar de forma mais confiante na recuperação e desenvolvimento do filho.

Os pais também procuram estar ao lado da mãe, no momento em que ela realiza a sua primeira visita ao filho na UTIN, demonstrando com isso, solidariedade e reconhecimento de que para ela, este pode ser o momento mais difícil, (assim como o foi para ele, em sua primeira visita), devido seu estado de fragilidade física e psicológica decorrente do parto prematuro. Essa capacidade de compreender a experiência da companheira pode ser um importante preditor da qualidade do relacionamento do casal de pais (MARRIOT-HOHMANN, 2009).

As mães por sua vez, relatam satisfação em poder dividir esse momento com o pai do bebê, reforçando que a presença do companheiro significa o principal apoio social para a maioria das mães, mas também para o bebê que é percebido neste momento como um sujeito frágil que requer cuidado e afeto (SCHMIDT, et. al. 2012).

Diversos estudos realizados com mães de recém-nascidos, especialmente, prematuros revelaram que o pai, é citado como a pessoa mais importante na rede

social de apoio da maioria das mães, e em seguida estão os avós, especialmente as avós maternas (SCHMIDT, et. al. 2012; RAPOPORT, PICCININI, 2006; FALCETO, 2002; DESSEN, BRAZ, 2000).

Portanto, embora a presença da mãe junto ao filho nas UTINs seja bastante valorizada, é necessário lembrar que a mulher necessita de uma rede de apoio mais ampla, que lhe dê amparo durante o período de internação do filho; de forma que ao valorizar e incentivar a presença do pai do bebê, bem como de outros familiares ou pessoas próximas a ela, a equipe multiprofissional mediante adoção de postura e implantação de protocolos pode colaborar de maneira decisiva neste processo de formação da ligação afetiva entre o recém-nascido e seus pais (BRASIL, 2017).

3.2.3 O recém-nascido e a formação de laços afetivos

A ligação afetiva entre os pais e um novo recém-nascido embora seja instintiva, não acontece instantaneamente, ela deve ser vista como um processo contínuo (BRASIL, 2017; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000; BRAZELTON, 1992).

Klaus e Kennel (1993) definem o apego como o laço dos pais com o bebê, ao passo que a palavra vínculo se refere ao laço na direção oposta, do bebê com os pais. O apego que é fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento físico e psíquico do bebê é percebido por meio de comportamentos como: acariciar, beijar, aconchegar, olhar prolongado.

No entanto, este autor além de outros, enfatizam que pode existir muitas influencias sobre o comportamento parental de apego. Uma vez que o comportamento de uma mãe e um pai com relação ao seu bebê é o resultado de uma combinação complexa de sua própria herança genética, as respostas do bebê a eles, a relação entre o casal, experiências passadas com esta ou com gravidezes anteriores, absorção das práticas e dos valores culturais e, provavelmente, a mais importante de todas; a maneira pela qual cada um foi criado por seus próprios pais (KLAUS, KENNEL, 1993).

Devido estes fatores, o comportamento de apego materno ou paterno pode apresentar diversas configurações, a depender da necessidade de atenção e apoio especial e capacidade de cada um para tolerar tensões (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

Há evidência na literatura de que existem momentos significativos para a formação do apego e o estabelecimento do vínculo afetivo entre os pais e seu bebê.

Segundo Brazelton, (1993) a ligação afetiva dos pais com seu filho, pode iniciar quando surge o desejo de ter filhos, podendo ser consciente ou inconsciente. O planejar a gravidez, ou simplesmente engravidar, sem que isto prejudique a capacidade de amar o feto que se aloja no ventre da futura mãe.

Destacando que a partir deste momento, tal capacidade é fortemente influenciada pela quantidade e qualidade de apoio que ela recebe, especialmente pela aceitação do companheiro. Durante a gravidez confirmada, aceitar a gestação e ter interesse em aprender sobre o futuro RN, bem como ter prazer e sentimentos positivos aos movimentos fetais, também são indicativos de que já há uma relação de afeto com o bebê que cresce e se desenvolve intraútero (BRAZELTON, 1993).

Montagner, (2006) refere que em geral é nesta fase da gestação que a relação afetiva se evidencia. Dando início ao processo de elaboração denominado tarefa de tornar-se mãe, a qual é novamente reforçada pelo desempenho do companheiro, em auxiliá-la na passagem de filha para mãe.

É importante lembrar que a relação afetiva entre os pais e seu filho pode sofrer influência de fatores externos, caso haja nesse período, por exemplo, alguma perda afetiva ou real, podendo desencadear principalmente na mãe, um transtorno depressivo; estresse causado por dificuldades conjugais, aborto ou perda anterior de um filho, entre outros (BRASIL, 2017).

A gestação é acompanhada por representações maternas e paternas¹. À medida que o feto vai crescendo no útero materno, as representações, sobre ele, vão se desenvolvendo no psiquismo de seus pais.

Em torno do quarto mês de gestação, é comum que essas representações se intensifiquem e se tornem mais específicas. E isto ocorre em parte devido os movimentos fetais que ficam mais perceptíveis nesta época, ou pela ecografia, momento em que a imagem do bebê se torna mais concreta para os pais (RAPHAEL-LEFF, 2017; KLAUS, KENNELL, KLAUS, 2000).

Stern (1997) afirma que, entre o quarto e o sétimo mês de gestação, existe um rápido aumento na riqueza das representações sobre o futuro RN. Elas atingem um pico por volta do sétimo mês, e após esse período, tendem a diminuir e se tornam progressivamente menos claras, menos delineadas, menos específicas. É

¹ Por representações maternas, compreendem-se todas as fantasias, os desejos e os medos que acompanham a mulher na gestação. Podem ser positivas ou negativas. Os pais também têm representações sobre seus recém-nascidos durante o parto, após o parto e mesmo acompanhando toda a vida do filho.

como se os pais intuitivamente protegessem seu filho que está para chegar e a si mesmos de uma possível discordância entre o bebê real² e o bebê que possuem em suas representações.

Entre o sétimo e o nono mês de gestação, os pais tendem a “desfazer” suas representações mais positivas de modo a evitar possíveis desapontamentos, buscando ajustar, o melhor que podem suas representações na tentativa de criar um espaço mental para as futuras representações ligadas ao bebê real (BRASIL, 2017).

Neste momento eles tendem a se preocupar com questões mais práticas e objetivas, tais como: em qual maternidade seu filho irá nascer; qual a possível data do nascimento; qual será o tipo de parto; quem estará presente no momento do parto. (BRASIL, 2017).

Devemos lembrar que o nascimento prematuro pode ocorrer muito antes de completar este tempo, o que implica que os pais pouco se aproximaram deste bebê real como sugere Stern (1997), ou seja, o bebê pode nascer em uma época em que seus pais com toda razão o idealizavam ser um bebê saudável, forte, gordinho e ativo. No entanto, o bebê pré-termo que comparece ao encontro dos pais no momento do nascimento, geralmente é magro, pálido, frágil, de aparência enfraquecida e não consegue interagir com eles, nem mesmo abrir os olhos. Ou seja, profundamente diferente daquele desejado e pensado.

Neste momento, a primeira preocupação dos pais é quanto à sobrevivência do bebê. Os sentimentos de culpa aumentam a ansiedade. Os pais temem que algo que tenham feito ou deixado de fazer durante a gravidez tenha afetado o bebê fazendo com que ele nascesse antes do tempo previsto (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

No nascimento e primeiras horas após o parto, situa-se outro importante momento de estabelecimento da relação afetiva entre o bebê e seus pais. Todavia, quando ocorre o nascimento de um bebê prematuro e sua transferência para a UTIN, seus pais terão de realizar um trabalho de transição marcado pela perda do bebê imaginário³ e adaptação ao bebê real. Neste momento, é fundamental que os

² O bebê que nasce e que deverá receber todo o investimento materno, paterno e familiar para o seu cuidado e desenvolvimento. Em geral é muito diferente do bebê imaginário. Começa a surgir no pensamento materno e paterno no final da gestação, facilitando a aproximação que ocorrerá quando de seu nascimento (BRASIL, 2014).

³ Bebê criado, imaginado em sonhos, partilhado e representado internamente no mundo psíquico dos pais já próximo à gestação ou durante a mesma. Este bebê permanece apenas na vida interna dos pais, sem tornar-se consciente (BRASIL, 2014).

pais tenham um pronto acesso a seus recém-nascidos, para que eles possam ver, tocar, segurar na posição pele a pele o mais precocemente possível, receber apoio específico e orientação de seus familiares e equipe de saúde, para ajudá-los a desenvolver competências parentais, de forma que poderão entrar em harmonia com as necessidades especiais do bebê, aceita-lo como um ser dependente, mas também como uma pessoa individual que tem suas energias próprias; assim, aos poucos poderão ajustar a imagem idealizada de seu bebê ao bebê real que está à sua frente (BRASIL, 2017; KLAUS, KENNEL, 1993; BRAZELTON, 1988).

Deste modo, se consolida as recomendações do MC, enquanto política pública que vige em nossa sociedade, de facilitação e incentivo a uma série de interações entre os pais e seu bebê, visando à formação de um vínculo afetivo forte e duradouro (BRASIL, 2017; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

Corroborando com esta evidência a teoria de que a base do desenvolvimento da personalidade humana está na continuidade, no dizer de Winnicott: a linha da vida – que tem início antes do nascimento concreto do bebê; onde está implícita a ideia de que nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo se perde. Portanto, o que ocorre na relação entre o bebê recém-nascido e seus pais não se trata de criação de novos vínculos afetivos, mas sim, de reaproximação do vínculo já existente (WINNICOTT, 2000).

Ao encontro desta teoria, Szejer (1999), complementa que há um *continuum* afetivo e sensorial na vida do ser humano, de forma que a criança de “antes” e “depois” do nascimento é o mesmo ser, pois antes mesmo de nascer, ela já é sentida e falada pelos pais, portanto, a criança nasce com uma história que lhe é imposta, que está arranjada para ela; a de sua linhagem e do desejo parental.

Diversos pesquisadores no campo da hipersensibilidade dos recém-nascidos demonstram consenso de que o primeiro órgão da fala é o olho. A palavra “olhar” em francês é “*regarder*”, que acrescenta um prefixo de repetição a “guardar”. Trata-se de instalar com o olhar essa cena em que o RN é incluído no espaço de fala que se cria entre ele e a mãe e o pai. No período de atenção visual extasiada, que ocorre logo depois do nascimento e ao longo desse período inicial, levam os RNs a um contato olho a olho, um elemento vital da interação humana. Nessa troca de olhares mútuos tem início o primeiro diálogo: os pais e as crianças parecem entrar em comunicação de forma magnética (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000; SZEJER, 1999; PIONTELLI, 1995; BRAZELTON, 1993).

Como demonstra o psicanalista Denis Vasse, quando o cordão umbilical é cortado, o bebê passa a viver de seu próprio corpo, e este muitas vezes é o instante de seu primeiro vagido.

Quando surge a voz do outro, é uma dimensão outra que se abre: “dali em diante o corpo-a-corpo com a mãe se encontra mediado pela voz, tanto a do bebê, quanto a da mãe ou a do pai. É nela que vêm se significar o contato ritmado dos cuidados, simultaneamente com as inflexões mais inconscientes que esse contato provoca no coração dos pais”, (SZEJER, 1999, p. 43).

Pela voz de outro ser humano, que é escutada e entendida pela criança, desde seus primeiros instantes, ela deixa de ser apenas um corpo, e passa a ser um sujeito, inserido no mundo simbólico da linguagem que a vincula a humanidade e dá sentido às suas emoções, permitindo que ela venha a lutar pela sua própria vida. Quer seja ela prematura ou não, no nascimento a base da sensorialidade fetal já está pronta para acolher o mundo novo. Contudo, o recém-nascido como ser social que é, precisa ouvir a voz de seus pais, a qual lhe é conhecida, de maneira constante para fazer a ligação entre suas sensações de antes e de depois do nascimento, garantindo assim o *continuum* sensorial e afetivo com a mãe e o pai, e com isto, construir sua subjetividade (SZEJER, 1999; STERN, 1997).

Com essa compreensão, ressalta-se mais uma vez a importância do olhar e escuta atenta dos profissionais de saúde da UTIN a estes pais para então, poder incentivá-los a falar e interagir com o RN mesmo quando, encontram-se no mais profundo sofrimento ao ver seu filho pela primeira vez, por vezes, no limite entre a vida e a morte.

Pois conforme ressalta Mathelin, (1999, p. 42): “Todo ser humano tem necessidade de comunicação e a extrema imaturidade não impede que o RN pré-termo deseje ser compreendido pelo outro”.

Neste momento, recomenda-se falar inicialmente com o bebê; chamá-lo pelo nome, apresentar seus pais a ele; destacar alguma competência do filho, tocar levemente seus dedos, visando encorajar os pais a fazer o mesmo, porém tendo em conta que em função das experiências recém-vividas, eles podem se sentir inadequados, culpados, deprimidos ou ressentidos ao observarem as necessidades de seu filho que deve permanecer na UTIN (BRASIL, 2017; FLACKING, et. al. 2012).

3.3 A FORMAÇÃO DA PARENTALIDADE

A despeito da mitologia romântica que envolve a maternidade e paternidade, aprender a ser um pai ou mãe provavelmente é um processo complexo para a maioria das pessoas, afirma Brazelton (1993). Cada um dos papéis demanda muito das capacidades da pessoa e cada papel requer uma espécie de dedicação para a qual já fomos moldados, bem ou mal, por nossa própria experiência passada, aquela de termos tido pai e mãe.

O termo parentalidade foi proposto pela primeira vez pelo psicanalista Paul-Claude Racamier que ao traduzir o termo inglês *motherhood* por maternalidade, buscou ampliar o significado desse conceito e, por analogia, incluiu também o termo paternalidade, alusivo ao pai. A parentalidade tem sido definida como o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade. Ela é exercida a partir dos cuidados físicos e psicológicos que os genitores realizam cotidianamente junto à criança (SOARES, et al., 2015).

A experiência de ter um filho consolida esse processo psíquico de formação que tem início antes da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece na vida dos pais para sempre (BRASIL, 2014).

As realidades psíquicas da mãe, do pai e mesmo da criança que está por vir, se entrelaçam antes da concepção. Por isso, um bebê começa a existir para seus pais muito tempo antes de sua concepção, a partir do desejo que cada homem e cada mulher possuem desde sua viçosa infância de um dia ter seu próprio filho e/ou formar uma família. As crianças expressam esses desejos quando brincam de boneca e de casinha, ao mesmo tempo em que se socializam imitando os adultos, especialmente aqueles que representam a fonte de amor e de poder; geralmente seus pais, ou quem lhe dedicou cuidados, e assim moldam o papel de cuidadores (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000; BRAZELTON, 1998).

Nesta fase da vida da criança, ocorre um processo totalmente inconsciente que é a representação de um bebê fantasmático⁴ originado a partir das vivências iniciais de cuidados que ela recebe de seus pais. Essa representação se mantém no mundo interno e acompanha individualmente a vida emocional de cada um dos novos pais, mas possibilita alguns arranjos quando se aproxima da experiência real

⁴ Sua representação encontra-se no desejo inconsciente da maternidade e da paternidade. Acompanha os pais, individualmente, desde sua mais tenra infância e é impregnado pelas vivências dos cuidados iniciais, bem como pelos registros afetivos que se sucedem durante o seu processo de desenvolvimento (BRASIL, 2017).

do casal com seu filho que foi programado ou não, porém que já se encontra intraútero, e passa então a ser percebido pelos seus pais como bebê imaginário⁵ criado em sonhos, mas que segue seu crescimento e desenvolvimento já representado como um novo integrante da família (BRASIL, 2014; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000; KLAUS, KENNEL, 1993).

Com o transcorrer da gravidez e desenvolvimento do bebê, ele passa a ser imaginado pelos pais conforme a sensação que ele desperta. Surgem ideias de como ele será, quais características herdará do pai, da mãe, dos avós, sejam elas físicas, comportamentais ou de temperamento. A partir de imagens do ultrassom e de características comportamentais do bebê, mais presente a partir do final do quarto mês de gestação até cerca do sétimo mês, é colorido pelas melhores fantasias parentais sobre o bebê que desejam e que acreditam que vai nascer. Desta forma, os pais criam a imagem mental do corpo físico de seu filho, ao mesmo tempo em que pensam nele enquanto um sujeito que está se formando com características próprias e que em breve irá se apresentar (BRASIL, 2014).

Quando o bebê nasce serão estas representações maternas e paternas que irão oferecer os paradigmas de cuidado e atenção que os pais dispensarão ao filho.

3.3.1 O processo de maternalidade

Os recém-nascidos são investidos por sentimentos próprios da gestação, entre eles, a ambivalência. É comum que a mulher grávida se questione sobre ser este o momento adequado para ter um filho, sobre a formação do feto, sobre seu desejo de ser mãe, e outros. Brazelton e Cramer (1992), citam três estágios que mostram associação entre o desenvolvimento físico do feto intraútero e as mudanças no corpo e psiquismo maternos. Leff (2017), acompanha-os nesta descrição e sugere que o processo da maternalidade evolui da seguinte maneira:

O primeiro trabalho que a mulher deve executar durante a gestação é, aceitar a novidade, o segundo está relacionado aos primeiros movimentos e o terceiro ao aprender sobre o futuro recém-nascido, como apresentado no Quadro 4.

⁵ É representado e criado no mundo psíquico dos pais próximo à gestação ou durante ela. É a criança das fantasias maternas e paternas (BRASIL, 2017).

Quadro 4 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE MATERNALIDADE

ACEITANDO A NOVIDADE	Durante a primeira fase gestacional, logo após a fertilização, ocorre rápida proliferação celular, com crescente diferenciação dos órgãos do embrião. As primeiras alterações metabólicas causam sintomas secundários que a mulher pode sentir mesmo antes de saber que concebeu. A notícia da gestação é recebida pela família, dando início à tomada de consciência de que todos entraram em uma nova fase de suas vidas. A tarefa mais imediata que se impõe à mulher é a de “aceitar o corpo estranho”. Neste momento a mulher pode se sentir fisicamente ativada ou emocionalmente arrebatada, mas também pode sentir-se fatigada.
OS PRIMEIROS MOVIMENTOS	Normalmente, a partir do quarto mês de gestação, a mãe sente de forma mais intensa os movimentos de seu futuro filho. Começa então a reconhecer a criança que está dentro dela. Trata-se do período gestacional mais tranquilo para a mulher, pois a placenta vai se acomodando melhor, a náusea e a fadiga diminuem, a barriga já é observável, mas ainda não está desconfortável; surge uma sensação de bem-estar e segurança por sentir seu filho vivo.
APRENDENDO SOBRE O FUTURO RECÉM-NASCIDO	Ao aproximar-se do final previsto da gestação, o foco, muda para a criança que pode nascer. O último mês é uma mistura de diminuição das exigências sociais e de aumento das atividades preparatórias para receber a criança. Com a proximidade do parto fazem ressurgir temores de que a criança nasça com algum problema. Para melhor lidar com essas questões, os pais continuam simbolizando o filho, e suas respostas reforçam a confiança de vir a ter um filho perfeito.

Fonte: Adaptado LEFF (2017)

No processo da maternalidade, portanto, o funcionamento psíquico da mulher mostra mudanças intensas, num curto espaço de tempo. Por ocasião do nascimento ou ainda durante a gestação de um filho, especialmente o primeiro, a mãe, entra em uma nova organização psíquica, denominada por Stern, (1997) como “constelação da maternidade”.

Esta organização observada nas sociedades ocidentais e pós-industriais é normal, temporária e não obrigatória. Ela diz respeito a preocupações que surgem nesse momento específico e são traduzidas por meio de três discursos que relacionam as experiências internas e externas das mães (LEFF, 2017).

O primeiro é o discurso da mãe com sua própria mãe (ou a figura que lhe propiciou maternagem), trazendo lembranças da relação e dos cuidados recebidos, que servem de modelos positivos ou negativos, mas serão modelos inobstante, e promove um reenvolvimento com a mãe durante essa fase. O segundo é o discurso consigo mesma, ou seja, ela mesma como mãe; considerando seus projetos, suas incertezas e suas inquietações quanto ao desempenho da função materna. O terceiro discurso é o da mãe com o seu bebê (STERN, 1997).

Destaca-se que nesse momento, a identificação da mãe com sua mãe, bem como a permissão dela para tornar-se mãe é essencial na elaboração e adaptação do novo papel a ser desempenhado pela nova mãe, que se depara com temas centrais relacionados a este processo, sendo que cada tema envolve ideias, desejos, medos, memórias e motivos que irão influenciar os sentimentos, as ações,

interpretações, relações interpessoais e outros comportamentos adaptativos da nova mãe (STERN, 1997).

São eles: Tema de Vida e Crescimento, Tema de Relacionar-se Primário, Tema de Matriz de Apoio e Tema de Reorganização da Identidade Quadro 5.

Quadro 5 CONSTELAÇÃO DA MATERNALIDADE

TEMA DE VIDA E CRESCIMENTO	Neste momento a mãe já sente que é responsável pela vida de outra pessoa; e aqui a questão central para a mãe é se ela será uma boa mãe para manter o filho vivo, se seu leite será forte e suficiente para alimentá-lo e fazê-lo crescer e se desenvolver com saúde. Também se refere a diversos medos que a mãe tem de que o bebê morra, tenha doenças ou malformações, (isto a faz levantar a noite somente para confirmar se o filho que dorme continua respirando)
TEMA DE RELACIONAR-SE PRIMÁRIO	Este diz respeito ao envolvimento social-emocional da mãe com seu bebê; refere-se a sua capacidade de amar, de sentir o bebê, de apresentar uma sensibilidade aumentada que permite identificar-se intensamente com ele para melhor responder às suas necessidades. Estado este, que é denominado por Winnicott, (2001) como “preocupação materna primária” e é marcado por laços humanos de apego, segurança e afeição, que serão repetidos nos demais relacionamentos vindouros. (KLAUS; KENNEL, 1993).
TEMA DE MATRIZ DE APOIO	Refere-se a necessidade da mãe, mobilizar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora, para que ela possa alcançar bons resultados nas duas primeiras tarefas, que é a de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo. Neste momento uma rede maternal costuma se formar, a partir de figuras de referência que desempenham papel central na rede de apoio da mãe, geralmente composta pelas avós do bebê (especialmente as avós maternas), as irmãs, amigas e cada vez mais com grande atuação dos companheiros. Mas também se pode incluir neste rol de pessoas, os profissionais de saúde que realizam os cuidados e o acompanhamento à mãe e ao bebê durante o internamento na UTIN
TEMA DA REORGANIZAÇÃO DA IDENTIDADE	Com o nascimento do bebê, a nova mãe necessita transformar e reorganizar seu centro de identidade. Esse processo exige dela um novo trabalho mental, e para realiza-lo, ela vai buscar modelos nas figuras de identificação de outrora; para passar de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para também mãe de família, de uma geração para a precedente, ela terá de alterar seus investimentos emocionais e sua distribuição de tempo e energia, redimensionando suas atividades.

Fonte: Adaptado STERN (1997).

3.3.2 O processo de paternalidade

Existem muitas mudanças no comportamento do homem frente à notícia da vinda de um filho. Brazelton e Cramer (1992), afirmam que à semelhança do que ocorre com as mulheres, o apego do pai ao filho é influenciado por suas experiências anteriores na infância. 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 narcisista⁶ de ser completo e

⁶ Narcisismo é um conceito da psicanálise que define o indivíduo que admira exageradamente a sua própria imagem. Designado na tradição grega, como o amor de um indivíduo

onipotente produzindo e se identificando com o próprio filho, como espelhando sua própria imagem.

Leff (2017), corrobora este entendimento e faz uma análise histórica sobre o lugar do pai na procriação. Esta autora relata que através dos tempos, na maioria das sociedades, a mulher tem sido fundamentalmente definida por seu papel procriativo e maternal, enquanto que o homem tem tido que criar identidades masculinas, em contra-identificação com a maternidade feminina. Com a crescente aceitação de pais solteiros e coabitação de casais não unidos legalmente pelo casamento; a prática do reconhecimento de descendência, pelo pai, transmitindo seu sobrenome, já não é suficiente para estabelecer a paternidade. Os pais estão tendo que se comprometer em atividades maternas para ganhar a posição paternal, anteriormente garantida a eles pelo nome. Agir como pai, bem como mãe, está se tornando cada vez mais uma atividade continua. Inversamente, o homem parece estar começando a ser mais possessivo com relação a seus direitos paternais.

A autora em consonância com outros estudiosos do assunto, já mencionados neste capítulo, relata que a experiência de ter o primeiro filho desperta no novo pai, intensas emoções, assim que ele começa a tomar o lugar que anteriormente era de seu pai, deslocando, portanto, o seu próprio para a geração dos avós (LEFF, 2017).

Na iminência de se tornar pai, ativa no homem a reavaliação do passado como criança em relação a seus próprios pais. Ternas lembranças de ser carregado nos ombros de seu pai, ou certas aventuras ou conselhos, que marcaram para sempre suas vidas, podem aparelhar-se com lembranças de alguns castigos severos recebidos na infância ou sentimentos de desamparo decorrentes da ausência de um dos pais. A revisão do passado durante a gravidez, em alguns homens, pode desencadear uma reavaliação de relacionamentos interiores, resultando em que o processo de transição para a paternidade tem lugar em sonhos, devaneios diurnos e lembranças conscientes. A consciência de suas forças criadoras de vida, encoraja os homens no sentido da reconciliação com seus próprios pais. (LEFF, 2017).

por si mesmo. O termo é derivado de Narciso – um belo jovem que despertou o amor de muitas ninfas. Na evolução da teoria Freudiana, narcisismo é o primeiro esboço do que viria a se transformar no “ideal do eu”. (Roudinesco, 1998)

Pode haver neste período, ambivalência de sentimentos e dúvidas, tanto em relação a seu papel quanto em relação ao bebê e seu relacionamento com a mãe de seu filho. Com a chegada do bebê, novas exigências lhe são impostas, como, preocupar-se com sua capacidade de prover as necessidades da família, oferecer apoio à sua companheira, dispor de tempo para cuidar do filho, precisa aceitar a transição de uma relação dual com a mulher para uma relação triádica. Por isso, da mesma forma, como a mulher tende a mergulhar novamente em seus antigos relacionamentos com as mães, os homens têm a necessidade de voltar-se para os próprios pais (na realidade ou na fantasia) para sustentar seu novo papel paternal (BRASIL, 2014; BRAZELTON, CRAMER, 1992).

Estudos realizados no Brasil sobre gestação e paternidade mostram que a gestação da companheira é vivida pelos homens como um período emocionalmente intenso, marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, disponibilidade emocional, ansiedade e conflitos, no qual percebem mudanças em suas próprias emoções e em sua sensibilidade para lidar com as situações e as pessoas, especialmente com a esposa (KROB; PICCININI; SILVA. 2009).

Piccinini (2004) refere que o acompanhamento às consultas e aos exames pré-natais é valorizado pelos homens como uma forma de participação na gestação. A experiência com a ecografia desencadeia, em muitos homens, reações positivas, proporcionando uma sensação de presença concreta do filho. Os dados mostram, ainda, que a maior parte das preocupações relatadas pelos pais durante a gestação de sua mulher, está relacionada com a saúde e o bem-estar da criança e da mulher, o que para estes autores é indicativo da existência de um envolvimento emocional com ambos. Alguns pais relataram preocupações em relação ao trabalho de parto e/ou tipo de parto.

Estas constatações reforçam a importância da participação do homem nos cuidados do pré-natal, como propõe o MS do Brasil. Pois seu lugar e suas funções, como companheiro desta mulher, e como co-cuidador do RN, devem ser reconhecidas. Suas competências devem ser valorizadas devido os inúmeros benefícios que podemos creditar em sua efetiva participação no parto e consequentemente no pós-parto, nos cuidados com o filho, no apoio à amamentação, e sobre tudo isso atende a um desejo que lhe é próprio, lhe é de direito, e muitas vezes lhe foi negligenciado (BRASIL, 2017).

4 MÉTODO

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Fisioterapia em Pacientes Pediátricos de Alta Complexidade”, sob a coordenação da professora doutora Arlete Ana Motter. O objetivo do projeto original era delinear a importância da atuação do fisioterapeuta em pacientes neonatais e pediátricos de alta complexidade, o qual foi aprovado em 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas. A partir de 27 de outubro de 2018, houve a aprovação de emenda incluindo a pesquisadora Palmira Donda Soares, e este subprojeto começa a ser desenvolvido.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com análise de resultados qualitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de determinada população (GIL, 2010).

Utilizando-se da abordagem qualitativa é possível obter respostas para algumas questões singulares, pois a mesma trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores, das aspirações, e das atitudes razão pela qual foi escolhida nesta pesquisa (DESLANDES; GOMES, 2011).

Essa abordagem surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos concernentes à percepção, à intuição e a subjetividade e aponta para a investigação dos significados das relações humanas, cujas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos que emergem das situações experimentadas no cotidiano (MINAYO, 1994).

A pesquisa qualitativa pode combinar várias estratégias de coleta de dados na busca da compreensão do todo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Estuda pessoas em seus ambientes naturais ao contrário de ambientes artificiais ou experimentais (POP; MAYS, 2009).

Este método de pesquisa tem sido tradicionalmente empregado em pesquisas sociais, contudo ele tem muito a contribuir aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde (POP; MAYS, 2009).

A escolha pela pesquisa qualitativa se deu por inferir que temas referentes à percepção e o sentimento das pessoas podem ser melhor representados a partir da

compreensão do conteúdo subjetivo das falas. Assim, qual o lugar que o pai do RN ocupa na rede de apoio materno infantil a partir da concepção da mãe, e também do pai; e, como se caracteriza a rede social e de apoio das famílias dos RNs prematuros durante o internamento em UTIN, são as questões a serem respondidas nesta pesquisa. E a unidade de análise considerada para este estudo foi, a mãe e o pai do RN, utilizando-se como técnica analítica o conteúdo manifesto no discurso destes.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Maternidade do CHC-UFPR, localizada no município de Curitiba no estado do Paraná. A coleta de dados foi realizada dentro da UTIN, entre os meses de março a agosto de 2019.

A Maternidade é credenciada pelo SUS como um centro terciário, de referência para gestação de alto risco. A maioria das gestantes são, provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e/ou de outras maternidades públicas de Curitiba e Região Metropolitana. No entanto, é recorrente o recebimento de gestantes de outras regiões do estado. Ocorrem cerca de 1500 partos ao ano. Aproximadamente 500 RNs são admitidos anualmente na UTIN. Em torno de 10% dos RNs admitidos nesta Unidade são provenientes de outros hospitais.

A UTIN conta com 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 15 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO), e cinco leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA) os quais, são destinados à segunda etapa do MC. Esta etapa do internamento do RN corresponde à permanência da mãe em tempo integral na Unidade, quando ela assume de forma gradativa os cuidados do filho, mantendo-o em posição pele a pele, sendo orientada e apoiada pela equipe multiprofissional de saúde. Nesta fase o pai também é incentivado a permanecer e realizar cuidados ao RN, além de ser companhia e apoio a sua companheira.

A maternidade comporta também o Alojamento Conjunto, o ambulatório Multidisciplinar de Medicina Fetal, o Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascidos de Risco e o Banco de Leite Humano que atua tanto na coleta, processamento e estocagem de leite humano para os RNs internados, quanto na orientação às nutrizes e suporte para amamentação.

O CHC, órgão suplementar da UFPR, foi criado em 1961, a partir da necessidade da Faculdade de Medicina da UFPR em ter um hospital para o treinamento dos alunos do Curso de Medicina bem como, por necessidade do Estado do Paraná em ter um hospital geral de grande porte que atendesse toda a população.

Atualmente, o CHC é o maior hospital público do Paraná e um dos maiores de ensino do país. Com 100% da assistência à população vinculada ao SUS, o CHC-UFPR caracteriza-se por prestar atendimento terciário aos seus pacientes, pois possui estrutura tecnológica, instrumental e recursos humanos especializados para abordar casos de alta complexidade, por meio da realização de exames diagnósticos avançados e procedimentos terapêuticos de ponta.

Como hospital escola da UFPR, tem ampliado sua margem de atuação e hoje é responsável pelo ensino, pesquisa e extensão de diversos cursos na área da saúde que enquanto campo de atuação realiza também a assistência.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo mães e pais de recém-nascidos ≤ 37 semanas e/ou $\leq$ de 2.500 g com mais de uma semana internados na UTIN da Maternidade do CHC-UFPR, sendo eles: 31 mães e 19 pais.

Destaca-se que o número de pais entrevistados foi menor com relação ao número de mães, devido à ausência física dos mesmos, durante o período de coleta dos dados no local. A ausência do pai do RN se deu por diversos fatores, entre eles: detenção carcerária, realização de trabalho em outra cidade, falta de reconhecimento da paternidade e ainda a existência de família monoparental, onde encontra-se apenas um progenitor, sendo predominante a figura materna, neste cenário pesquisado.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas (os) no estudo as mães e os pais maiores de 18 anos, de recém-nascidos com idade gestacional ≤ 37 semanas, e/ou baixo peso; internados na UTIN há mais de uma semana.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas (os) do estudo as mães e os pais de recém-nascidos que foram a óbito ou tiveram alta hospitalar ou foram transferidos para outros hospitais durante a primeira semana.

4.3.3 Recrutamento dos participantes

O convite para participar da pesquisa foi realizado aleatoriamente pela pesquisadora de forma individual ou concomitante, às mães e os pais dos bebês internados na UTIN, para explicação dos objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo, sendo informado que a qualquer momento, estes poderiam interromper sua participação. Ressalta-se que todos que foram convidados concordaram em participar da pesquisa, portanto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido TCLE (Anexo 1) dando início à coleta de dados, sempre iniciando pelo questionário e em seguida a entrevista.

Ressalta-se que a pesquisadora pertence à equipe multiprofissional de saúde da instituição onde se desenvolveu a pesquisa. E por meio do atendimento psicossocial contínuo às famílias, bem como o vínculo com os demais profissionais facilitou a identificação e recrutamento dos participantes.

Assim, adotou-se o seguinte critério de tempo para realizar o convite: Pais de RNs prematuro extremo (com idade gestacional ≤ 28 semanas) foram convidados somente a partir da terceira semana do internamento. Enquanto, os demais (com idade gestacional ≥ 29 semanas) foram convidados a partir da segunda semana do internamento.

Desta forma fica evidenciado o cuidado de perceber o momento mais oportuno para realizar o convite e dar início à coleta de dados. Considerando que os primeiros dias do internamento do filho costumam ser os mais hostis para os pais, devido seu desconhecimento, é importante permitir que eles vivenciem este período, aprendendo sobre o RN e as rotinas do tratamento na UTIN, bem como, estabelecendo relações com a equipe de saúde, que irá cuidar do mesmo.

4.4 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo amostral foi realizado tomando como base o número de recém-nascidos que internaram na UTIN no período de março a agosto de 2019, conforme

apresentado na Tabela 1. O registro dos internamentos é feito diariamente em livro interno da UTIN. Os dados mostraram uma média de 40 internamentos por mês, sendo que destes, 60% trata-se de recém-nascidos com idade gestacional ≤ 37 semanas e/ou de baixo peso, os quais são objeto de interesse do presente estudo. Os outros 40% são RNs de termo, que necessitam de internação em UTIN por possuírem outras morbidades.

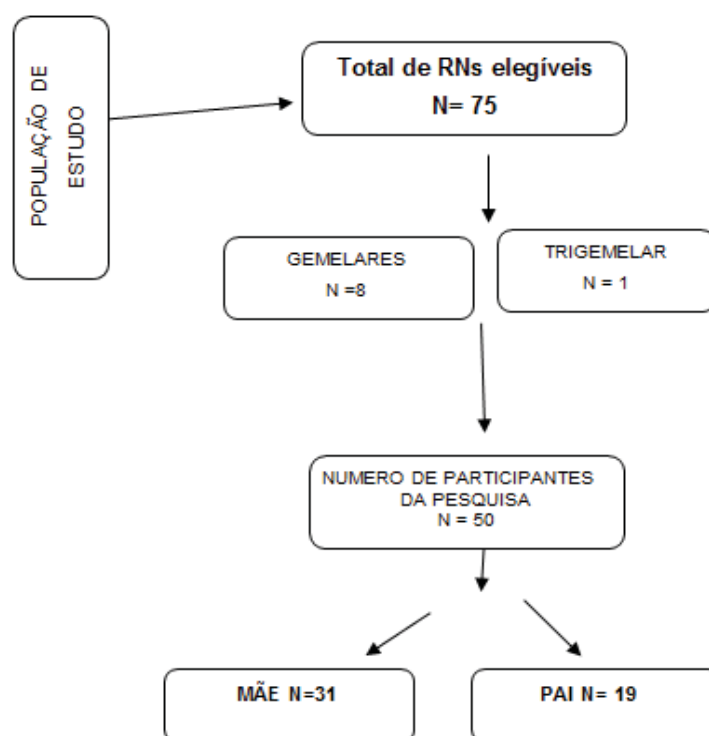
Tabela 1 AMOSTRA NA UTIN NO PERÍODO PESQUISADO (NÚMERO DE RNS ELEGÍVEIS)

Mês	Março/19	Abril/19	Maió/19	Junho/19	Julho/19	Agosto/19
Nº mensal de Internamentos ≤ 37 Semanas	25	21	26	22	23	26
Óbitos na 1ª Semana	3	1	3	3	4	2
Transferência/Alta na 1ª Semana	9	8	11	8	10	6
Total de RNs elegíveis	13	12	12	11	9	18

Fonte: Livro de registro de internação na UTIN (2019).

Durante o período de coleta, foi internado na UTIN um total de 143 RNs com idade gestacional ≤ 37 semanas. Ao longo deste período, ocorreram 16 óbitos na primeira semana de nascimento e 52 altas ou transferência para outro hospital. Permanecendo um total de 75 RNs elegíveis de acordo com o critério de inclusão na pesquisa. Entre estes, oito RNs eram gemelares, e um trigemelar. Desta forma, o número de pais passível de ser entrevistados correspondeu a um total de 65, conforme fluxograma apresentado na Figura 2.

Figura 2 FLUXOGRAMA DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



Fonte: A autora (2020)

Entretanto, participaram da pesquisa 50 pais, dentre estes, 31 mães e 19 pais de recém-nascidos. A decisão pelo número de entrevistas foi pautada pela recomendação de Bardin, sobre a conveniência requerida numa pesquisa qualitativa pela saturação de dados, ao mesmo tempo em que buscou abarcar o máximo de participantes elegíveis, embora, o número de participantes não tenha sido predeterminado (BARDIN, 2016).

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi estruturado um questionário fechado constituído por dados demográficos, socioeconômicos e relacionado ao neonato e processo gravídico. O mesmo foi composto por 41 questões para a mãe (APÊNDICE A) e 29 questões para o pai (APÊNDICE B), as questões foram lidas pela pesquisadora, que também anotou as respostas dos entrevistados. O tempo de preenchimento do questionário foi de aproximadamente dez minutos.

Na sequência foi realizada uma entrevista semiestruturada em sala reservada com cada participante, que foi áudio-gravada e posteriormente transcrita em documentos em formato *Microsoft Office Word*. (APÊNDICE C – MÃE e, APÊNDICE D - PAI).

A entrevista contém sete perguntas para a mãe e oito perguntas para o pai, que foram lidas e esclarecidas pela pesquisadora visando conhecer a percepção das mães e dos pais, sobre a experiência da prematuridade e a forma como se dá a organização da rede social e de apoio destes pais durante internação do filho em UTIN. A duração da entrevista variou em torno de quinze a quarenta minutos.

4.6 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

A análise das evidências desta pesquisa 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, utilizando o programa Epi Info, versão: 7.2.2.6.

O segundo aporte de evidencia foi obtido por intermédio das entrevistas, que após serem transcritas, foi feita a leitura geral dos dados coletados para iniciar a aproximação com o material. Em seguida, as entrevistas foram organizadas em agrupamento de unidades de contexto para facilitar a identificação de categorias iniciais após a primeira leitura, quando cada entrevista foi identificada utilizando os seguintes códigos: “Mº” para designar a Mãe e “Pº” para designar o pai. Desta forma, ficou garantido o anonimato dos participantes, de acordo com a recomendação ética da pesquisa.

Em seguida, os dados analisados na preparação do material foram agrupados em categorias e subcategorias temáticas definidas.

Os resultados que evidenciaram os elementos constituintes da rede social de apoio dos pais de RNs prematuros internados na UTIN foram analisados utilizando-se a técnica de análise categorial temática, segundo o referencial de Bardin (2016).

A análise categorial temática é uma técnica que propõe o desmembramento do texto em categorias, sendo eficaz e rápida quando aplicada a discursos diretos e simples (BARDIN, 2016).

Isso se dá mediante a utilização de procedimentos sistematizados de descrição dos conteúdos existentes nas falas dos sujeitos. Esses procedimentos abarcam: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos ou categorização, a inferência, e a interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise é a fase de organização e planejamento e corresponde ao período de intuições, mas têm por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A exploração do material é uma fase de análise longa e fastidiosa. Ela consiste essencialmente em operações de codificação dos dados. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recorte, incorporação e enumeração e permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2016)

Segundo Bardin (2016, p. 37) “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter mensagens indicadoras que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção”.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, e em seguida, por reagrupamento dos elementos em comum (BARDIN, 2016).

Conforme Bardin (2016) com a obtenção de resultados significativos e fiéis é possível propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos. Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação. As interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras.

O agrupamento das unidades de contexto possibilitou a construção das seguintes categorias temáticas: Rede de Apoio; Vivência da Prematuridade e Parentalidade.

Para auxiliar a demonstração gráfica dos elementos que compõem a rede de apoio dos pais de RNs prematuros internados em UTIN, utilizou-se o MMR proposto por Sluzki (2010).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFPR CAAE 58865616.7.0000.0096 sob o parecer de n. 2.985.606 (ANEXO 1). E está em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS-MS).

Para a participação no estudo, os pais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2), elaborado em duas vias. Durante a apresentação do termo, discorreu-se sobre os objetivos do estudo, bem como foi informado aos participantes sobre o direito de anonimato, de sigilo de informações pertinentes à privacidade e de desistência da participação no estudo em qualquer momento, conforme suas vontades, sem que isso lhes trouxesse qualquer prejuízo.

Todos os convidados para essa pesquisa se manifestaram positivamente, por isso assinaram o termo nas duas vias sendo, que uma foi entregue aos participantes do estudo e a outra permaneceu com a pesquisadora.

Os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos foram respeitados em todo o transcorrer metodológico desta pesquisa. O estudo também foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, estão apresentados e analisados os resultados concernentes à caracterização das famílias de RNs prematuros internados em UTIN, a partir dos dados demográficos, socioeconômicos e relacionado ao neonato e processo gravídico, obtidos e organizados no software Epi Info, versão: 7.2.2.6; o Mapa Mínimo de Relações das famílias de RNs prematuros internados na UTIN, adaptado a partir do modelo proposto por Sluzki, (1997), no qual se visualiza os elementos constituintes da rede de apoio e social dos participantes da pesquisa, e o agrupamento das unidades de contexto que possibilitou a construção das categorias temáticas e suas subcategorias.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Este estudo contou com o depoimento de 19 pais e 31 mães de RNs prematuros internados em UTIN, por meio de respostas ao questionário que aborda o perfil demográfico, socioeconômico, relacionado ao neonato, bem como, as variáveis referentes à gravidez, o apoio do pai do RN e à qualidade de vida da mãe, conforme descritos nas respectivas tabelas 2, 3 e 4 (referentes ao pai) e tabelas 5, 6, 7 e mais o quadro 6 (referentes a mãe).

Tabela 2 PERFIL DEMOGRÁFICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO

Variáveis	N	%	Média	± DP
Idade do pai				
18 à 20	1	5,26%		
21 à 25	2	10,53%		
26 à 30	6	31,58%	32 anos	± 6,32
31 à 35	6	31,58%		
≥ 36 anos	4	21,05%		
Prática alguma religião				
Sim	14	73,68%		
Não	5	26,32%		
Qual à crença				
Católica	5	35,71%		
Evangélica	7	50,00%		
Umbandista	2	14,29%		
Estado civil				
Casado	7	36,84%		
União estável	12	63,16%		
Tempo de relacionamento				
≤ 1 ano	3	15,79%		
2 à 5	9	47,37%		
≥ 6anos	7	36,84%		

Tabela 2 PERFIL DEMOGRÁFICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO

(Continuação)

Primeira união				
Sim	14	73,68%		
Não	5	26,32%		
Grau de escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	3	15,79%		
Ensino Fundamental Completo	1	5,26%		
Ensino Médio Incompleto	3	15,79%		
Ensino Médio Completo	10	52,63%		
Ensino Superior Incompleto				
Ensino Superior Completo	2	10,53%		
Total	19 Pais			

FONTE: A autora (2020).

A maioria dos pais deste estudo (62%) tinham idade entre 26 a 35 anos, três pais estavam na faixa etária de 18 a 25 anos, e outros quatro tinham mais de 36 anos. O percentual de pais dentro de cada faixa etária, foi proporcionalmente equivalente as idades das mães desta pesquisa.

Quanto ao estado civil do pai, somente duas categorias foram identificadas: casado e união consensual, sendo a segunda em maior número (12), os outros sete eram casados, e o relacionamento conjugal para a maioria estava entre dois a cinco anos.

Ressaltando que diferentemente das mães, nenhum pai solteiro ou compondo família monoparental foi identificado nesta amostra. Os casos de família monoparental encontrados nesta pesquisa teve predominantemente a presença única da figura materna conformando com dado censitário brasileiro que demonstra ser a monoparentalidade feminina superior em termos percentuais com relação a monoparentalidade masculina na proporção de 87% para 13% nesta modalidade de família.

Inversamente ao resultado encontrado na caracterização das mães, 73% dos pais disseram estar vivenciando sua primeira união conjugal.

Quanto à prática da religiosidade, a resposta dos pais foi análoga a das mães desta amostra, 73% disseram que praticavam alguma religião, prevalecendo entre os pais a crença evangélica.

Em estudo realizado em um hospital público com familiares de pacientes internados em UTI, em estado grave, que buscou compreender a dinâmica adaptativa do sistema familiar vulnerável à morte/morrer hospitalar, também demonstrou que 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 (NUNES, et. al., 2017).

Além deste, diversos outros estudos apontam o suporte da fé e espiritualidade/religiosidade como um dos integrantes da rede social de apoio percebidas pelas pessoas no enfrentamento da doença e risco de morte, referência também expressa na crença em Deus como estímulo frente às muitas dificuldades encontradas no processo de internação hospitalar (JARUSSI, ZANI, 2015); (NUNES, et. al., 2017).

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 tinham Ensino Superior Incompleto, enquanto oito mães relataram ter iniciado, mas por diversas razões, algumas haviam trancado a matrícula ou desistido da graduação.

TABELA 3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO E REDE DE APOIO

Variáveis	N	%	Média
Ocupação profissional atual			
Sim	18	96,00%	
Não	1	4,00%	
Vínculo empregatício			
Formal	9	50,00%	
Informal	9	50,00%	
Qual ocupação			
Agricultor	2	11,11%	
Assistente contábil	1	5,56%	
Auxiliar de logística	1	5,56%	
Chefe de cozinha	1	5,56%	
Empresário (micro empreendedor)	4	22,22%	
Estagiário	1	5,56%	
Garçom	1	5,56%	
Investidor	1	5,56%	
Líder de produção	1	5,56%	
Motorista	1	5,56%	
Pedreiro	1	5,56%	
Téc. em informática	1	5,56%	
Téc. em química	1	5,56%	
Vigilante	1	5,56%	
Jornada de trabalho semanal			
≤ 20 h	3	16,67%	
21 a 30 h	0		
31 a 40 h	5	27,78%	43,5h
> 40 h	10	55,56%	
É contribuinte do INSS			
Sim	12	63,16%	
Não	7	36,84%	

TABELA 3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE PAI PARTICIPANTE DO ESTUDO E REDE DE APOIO
(Continuação)

Renda mensal pessoal			
R\$ 954,01 à 1.255,00	1	6,25%	
R\$ 1.255,01 à 2.329,00	13	81,25%	
R\$ 2.329,01 a 4.164,00	1	6,25%	
R\$ 4.164,01 a 5.400,00	1	6,25%	
Renda mensal familiar			
R\$ 954,01 à 1.255,00	1	5,26%	
R\$ 1.255,01 à 2.329,00	9	47,37%	
R\$ 2.329,01 à 4.164,00	8	42,11%	
R\$ 4.164,01 à 5.400,00	1	5,26%	
Na sua casa quem contribui			
Você contribui mais no rendimento familiar	8	42,11%	
Ou corresponde a uma pequena parte	3	15,79%	
Divide-se, as despesas igualmente	7	36,84%	
Ou não contribui para o rendimento familiar	1	5,26%	
A renda familiar é suficiente			
Sim	13	68,42%	
Não	3	15,79%	
Razoável	3	15,79%	
Estruturação de moradia			
Alvenaria	15	78,95%	
Madeira	3	15,79%	
Mista	1	5,26%	
Condições de moradia			
Própria	15	78,95%	
Alugada	3	15,79%	
Cedida	1	5,26%	
Total	19 pais		

FONTE: A autora (2020).

Exceto, um pai, todos os demais, estavam trabalhando no período da coleta de dados, sendo que metade tinha vínculo empregatício formal e a outra metade exercia atividade laboral sem esse tipo de vínculo, em diversas atividades profissionais, dentre elas: agricultor, chefe de cozinha, garçom, vigilante, motorista, estagiário, pedreiro, técnico de informática, assistente contábil, e micro empreendedor, exercendo esta última atividade 22% do total da amostra. Com relação à contribuição para o INSS, somente 63% respondeu afirmativamente.

Os índices encontrados neste estudo condizem com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD Contínua do IBGE entre os anos 2012 - 2018 em que a quantidade de pessoas trabalhando informalmente, sem carteira de trabalho assinada ou por conta própria, no qual não há obrigatoriedade de contribuição, já é maior do que o número de registros formais de trabalho.

Sendo que 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 própria.

Tendo o Regime Geral de Previdência Social como principal fonte de receita a contribuição coletiva e solidária de empregados e empregadores, decorrente das relações formais de trabalho, na medida em que postos formais de trabalho são fechados, aumentam o desemprego e a informalidade e, como consequência, diminuem as contribuições previdenciárias (CAMILO, 2018).

Para a Organização Internacional do Trabalho – OIT é certo que a ausência de alternativas de outras oportunidades de emprego mantém os trabalhadores, principalmente as mulheres 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, pensão, seguro desemprego, seguro contra acidente de trabalho, entre outros. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Dentre os 19 pais entrevistados, 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 ao encontrado no perfil das mães dos RNs.

Para 81% dos pais a renda líquida pessoal ficou na faixa de R\$ 1.255,00 à R\$ 2.329,00 por mês. Outros 12,5% tinham renda pessoal que variava entre R\$ 2.329,00 à R\$ 5.400,00. E um pai recebia menos de R\$ 1.255,00 por mês.

Com relação à renda familiar 47% das famílias, viviam com renda em torno de R\$ 1.255,00 a R\$ 2.329,00 mensais. Na maior parte destas famílias somente o homem detinha renda financeira. Na faixa entre R\$ 2.329,00 e 4.164,00 estavam 42% das famílias, sendo que uma família vivia com menos de R\$ 1.255,00 e uma com mais de R\$ 4.164,00 mensais.

Nesta amostra 42% dos pais disseram ser eles os que mais contribuíam pelo rendimento financeiro da família, e outros 37% disseram que dividiam igualmente as despesas da casa com sua companheira, os demais contribuíam com uma pequena parte.

Ao serem questionados se a renda familiar era suficiente para atender todas as necessidades da casa, a maioria dos pais (68%), responderam afirmativamente. Enquanto que entre as mães este índice foi maior. Os demais consideravam que não era suficiente ou era razoavelmente suficiente.

Os dezenove pais desta pesquisa residiam na mesma casa que a mãe do RN, sendo 78% das casas de alvenaria e de propriedade da família.

Tabela 4 VARIÁVEIS RELACIONADA AO NEONATO E APOIO DO PAI DO RN

Variáveis	N	%
Gravidez planejada		
Sim	11	57,89%
Não	8	42,11%
Gravidez desejada		
Sim	19	100%
Não		
Assistiu o parto		
Sim	11	57,89%
Não	8	42,11%
Visitou imediatamente após o parto		
Sim	17	89,47%
Não	2	10,53%
Segurou seu filho (a) na posição Canguru		
Sim	10	52,63%
Não	9	47,37%
Deseja segurar		
Sim	17	89,47%
Não	2	10,53%
Total	19 Pais	

FONTE: A autora (2020).

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.

Estudiosos sobre a paternidade, enquanto uma construção psíquica, afirmam que existem muitas mudanças no comportamento do homem frente à notícia da vinda de um filho. 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. (BRAZELTON, CRAMER, 1992)

Corroborando com este entendimento, Leff (2017) afirma que a experiência de ter um filho, principalmente o primeiro, desperta no novo pai, intensas emoções e sentimentos ambivalentes tanto em relação a seu papel quanto em relação ao bebê e seu relacionamento com a mãe de seu filho. Por isso, da mesma forma, como a mulher se reaproxima de sua mãe, os homens têm a necessidade de voltar-se para os próprios pais (na realidade ou na fantasia) para sustentar seu novo papel paternal.

Estudos realizados nos Brasil sobre gestação e paternidade mostram que a gestação da companheira é vivida pelos homens como um período emocionalmente

intenso e que o acompanhamento às consultas e aos exames pré-natais é valorizado pelos homens como uma forma de participação na gestação.

Por isso a participação ativa do pai deve ser valorizada pela equipe de saúde, desde o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que o pai é considerado em diversos estudos como fonte de apoio para a mãe; sua apreciação, como companheiro, como pai do seu filho esperado e como homem é de grande importância na medida em que contribui decisivamente para o bem-estar de sua companheira, mesmo que seja só pela presença, aceitação ou prazer de compartilhar os momentos íntimos com o filho. De forma que a mulher que recebe apoio emocional do companheiro alcança melhores resultados na amamentação e no desenvolvimento de sua função maternal (BRASIL, 2013; PICCININI, et al., 2012; FALCETO, 2002; DESSEN, BRAZ, 2000).

A experiência com a ecografia desencadeia, em muitos homens, reações positivas, proporcionando uma sensação de presença concreta do filho. Os dados mostram, ainda, que a maior parte das preocupações relatadas pelos pais durante a gestação de sua mulher, está relacionada com a saúde e o bem-estar da criança e da mulher, o que pode ser indicativo da existência de um envolvimento emocional com ambos. Alguns pais relataram preocupações em relação ao trabalho de parto e/ou tipo de parto. (KROB; PICCININI; SILVA. 2009); (PICCININI, 2004).

Onze pais deste estudo assistiram o parto, e dentre os oito que não puderam assistir, quatro disseram que lamentaram o fato do parto prematuro ter ocorrido de forma repentina, sem que houvesse tempo do mesmo comparecer para acompanhar conforme havia planejado anteriormente.

A primeira visita ao RN na UTIN foi realizada imediatamente após o parto por 17 pais, mesmo aqueles que não puderam estar presente durante o procedimento compareceram logo após para a primeira visita ao filho.

Segundo Oiberman (1994), 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, haja vista, que essa relação com o bebê era antes mediada pela mãe durante a gravidez. Destarte, esse é considerado um momento primordial na formação de laços afetivos duradouros entre pai e filho.

Numa recente revisão de literatura, Barcellos, Zani (2017) revelam que o novo pai busca exercer a paternidade para além do papel de provedor, investindo também nos cuidados com seu filho e valorizando a afetividade.

Os autores lembram que o pai, geralmente é o primeiro membro da família a comparecer na UTIN após a admissão do RN. Portanto, é ele quem recebe as primeiras informações entre outras orientações acerca do estado de saúde e acompanhamento do filho na Unidade. Dessa forma, ele se torna o arauto das notícias sobre o filho a ser transmitida primeiramente à mãe que permanece no centro obstétrico após o parto; bem como aos demais familiares.

Por vezes, observa-se nestes pais a preocupação em transmitir tais notícias de uma forma que possa poupar a mãe de grandes impactos emocionais. A partir deste momento, ele percebe que existem dois membros de sua família que necessitam de cuidados (mãe e filho), e assim, assumem seu papel como protetor da família. (BARCELLOS, ZANI, 2017; PICCININI, et. al., 2012).

Diversos autores referem que desde a gestação e também durante o parto e nos primeiros dias após o nascimento, a presença do pai junto à mãe é importante para fornecer suporte principalmente emocional, mas também físico e social, pois o fato da futura mãe reconhecer o desejo e o papel do pai como co-criador e cúmplice no desejo de ter um filho a assegura que ela não é a única responsável por possíveis sucessos ou fracassos que podem acontecer com o filho (BRAZELTON, CRAMER, 1992); (BRASIL, 2013).

Além da valiosa presença do pai junto ao binômio mãe/bebê, a participação de outras pessoas de referência, também ajudam a fortalecer a rede de apoio das famílias dos prematuros internados na UTIN, na medida em que fornecem aportes afetivos e materiais.

As tabelas de número 5, 6 e 7 e ainda o quadro 6 trazem a caracterização das mães participantes do estudo.

TABELA 5 PERFIL DEMOGRÁFICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO

Variáveis	N	%	Média	± DP
Idade da mãe				
18 à 20	5	16,13%		
21 à 25	8	25,83%		
26 à 30	7	22,58%	27 anos	± 4,58
31 à 35	5	16,13%		
≥ 36 anos	6	19,35%		
Estado civil				
Solteira	5	16,13%		
Casada	10	32,26%		
União estável	16	51,61%		
Tempo de relacionamento				
≤ 1 ano	7	26,92%		
2 à 5 anos	9	34,62%		
≥ 6anos	10	38,46%		

TABELA 5 PERFIL DEMOGRÁFICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO

(Continuação)

Primeira união				
Sim	9	34,62%		
Não	17	65,38%		
Pratica alguma religião				
Sim	21	67,74%		
Não	10	32,26%		
Qual crença praticada				
Católica	12	57,14%		
Evangélica	8	38,10%		
Umbandista	1	4,76%		
Grau de escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	3	9,68%		
Ensino Fundamental Completo	3	9,68%		
Ensino Médio Incompleto	4	12,90%		
Ensino Médio Completo	12	38,71%		
Ensino Superior Incompleto	8	25,81%		
Ensino Superior Completo	1	3,23%		
Total	31 mães			

FONTE: A autora (2020).

Dentre as mães entrevistadas, 42% tem idade entre 18 e 25 anos, o que as caracteriza como adultas jovens. Sendo que as de 26 a 35 anos, respondeu por 39%, e as mães com idade acima de 36 anos, nesta amostra foi equivalente a 19%.

Em estudo realizado para analisar a influência da idade materna com os desfechos perinatais em gestações de alto risco, verificou que mães muito jovens possuem chances maiores de terem filhos com BPN, além de baixo escore de Apgar e óbito neonatal. Assim como, gestantes com idade acima de 36 anos tem maiores chances de terem filhos prematuros (ALMEIDA; MORALES, 2019).

Em relação a situação conjugal, 10 mães eram casadas, 16 viviam em união consensual, sendo que dentre estas, 65% disseram estar vivendo sua segunda união conjugal. As outras cinco mães deste estudo eram solteiras e principais responsáveis pelo RN, viviam sozinhas ou ainda com outros parentes, compondo assim uma das modalidades contemporânea de família que é, a monoparental.

A família monoparental feminina é aquela em que vivem juntos mãe e filho, ou filhos, nas quais a mulher é mãe solteira, divorciada ou separada que não mais quis ou teve a oportunidade de uma união estável (COSTA, MARRA, 2013).

Em um estudo apresentado em Congresso de Assistentes Sociais em 2019 cujo objetivo foi refletir sobre a condição de (des) proteção social das famílias monoparentais femininas, demonstrou com dados do último censo no Brasil, que o número de famílias constituídas por responsável com filhos sem cônjuge é de 18,5% contra 81,5% de famílias biparentais. Deste percentual, 87% são de família monoparental feminina, ou seja, majoritariamente assumidas por mulheres.

A sobrecarga de assumir responsabilidades principalmente com filhos nas fases iniciais do ciclo vital e da adolescência, nos quais exigem dos responsáveis maior atenção e cuidados para além das necessidades materiais e exigências, tanto por parte da sociedade quanto do estado recai sobre as mulheres, que chefiam as famílias monoparentais, o que reforça a cultura patriarcal de que o cuidado com os filhos é de responsabilidade da mulher (DOS SANTOS, 2019).

Em outro estudo que objetivou investigar os sentimentos e as expectativas de gestantes solteiras com idade entre 19 e 28 anos, demonstrou que a maternidade por si só implica uma experiência complexa psiquicamente, e que as mães solteiras, por vezes, tendem a vivenciá-las com maiores dificuldades, desde a gestação. Isso porque sentimentos de desilusão e ressentimento da mãe podem permear todo o processo de gestação, deixando, muitas vezes, marcas de tristeza, desesperança, insegurança e irritabilidade. Além disso, assumir a responsabilidade por um filho sozinha, não é uma situação simples e fácil e pode estar associada a sofrimento por ser diferente de um ideal social, que também pode fazer parte da subjetividade da própria gestante (GOMES; MARIN; PICCININI, et. al. 2015).

O tempo de relacionamento conjugal foi de mais de seis anos para 38%, de dois a cinco anos 34% e de menos de um ano 27%.

No tocante a espiritualidade, observou-se neste estudo que 67% das mães declararam praticar alguma religião, e dentre estas predominou a religião católica (12), seguida da evangélica (8), e umbandista (1). Estes dados condizem com um estudo realizado para refletir sobre a interface espiritualidade e saúde enquanto possibilidade de sentidos atrelados às vivências humanas, que indicou ser a espiritualidade percebida como uma dimensão possível do sujeito, atrelada às suas vivências e crenças, e que pode ser entendida como aspecto promotor da saúde no indivíduo desde que relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida por parte da pessoa que a vivencia. (DIAS; PEREIRA; SILVA, 2020).

Assim como verificado nesta pesquisa, a religiosidade ou espiritualidade e fé, independente da crença ou prática religiosa de cada sujeito, comumente é citada como fonte de apoio pelas famílias dos bebês que se encontram internados na UTIN (JARUSSI; ZANI, 2015).

O grau de escolaridade das mães desta pesquisa, indicou que 38% concluíram o Ensino Médio, e mais 29% iniciaram o Ensino Superior, sendo que destas, somente uma havia concluído e oito estavam ou cursando ou havia desistido. No entanto, é preciso considerar que 10% das mães desta amostra

possuíam somente o ensino fundamental e outras 10% possuíam o ensino fundamental incompleto.

Resultado semelhante também foi encontrado em outra pesquisa realizada na Região Centro Oeste do Paraná a qual objetivou identificar o perfil de mães e de prematuros nascidos vivos, concluindo que o nível de escolaridade da mãe, quando superior a 11 anos é um fator importante de proteção aos desfechos da prematuridade. Em contrapartida, a baixa escolaridade é condição que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o RN, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência. 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 (RAMOS; CUMAM, 2009).

O dado de que 8 mães iniciaram o ensino superior, mas por diversas razões trancaram ou desistiram da graduação, sugerem que a maternidade pode dar causa à interrupção dos estudos, assim como demonstrou uma revisão sistemática cujo objetivo era entender, como se dá a conciliação entre a maternidade e a vida acadêmica. O estudo constatou 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.

Como resultado da pesquisa, foram elencados os seguintes desafios enfrentados pelas mães universitárias: a) Falta de apoio social por parte das instituições de ensino, tais como, flexibilidade de regimento e horário de atividades acadêmicas que possam conciliar com a maternidade; creche; política de assistência estudantil; b) Relações de gênero onde o próprio papel de esposa e o exercício da maternidade, são indicadores de que a sociedade ainda enxerga a mulher como principal responsável pelo cuidado com os filhos e com os trabalhos domésticos, muitas vezes sem nenhuma colaboração paterna no dia a dia, além de trabalhar fora, aumentando ainda mais a carga física e emocional, o que pode comprometer o seu desempenho acadêmico; c) Questões financeiras também apareceram como fatores agravantes; d) Auto cobrança por parte destas mulheres, visto que além do

papel de mãe e estudante, ainda têm que administrar a culpa gerada em ter que “deixar” os filhos para estudar.

Todas essas dificuldades vivenciadas pelas mães universitárias contribuem para um caminho mais cansativo na sua trajetória acadêmica, constituindo-se potenciais fatores de risco à evasão desta mãe e interferindo na continuidade dos estudos e/ou na qualidade da aprendizagem dessas estudantes. Em contrapartida o apoio estrutural, emocional e financeiro da família emerge neste estudo como primordial para a adaptação da maternidade com a vida acadêmica (VIEIRA e.t al., 2019).

Em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico.

TABELA 6 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO E ASPECTOS REFERENTES À REDE DE APOIO

Variáveis	N	%	Média	± DP
Ocupação profissional atual				
Sim	16	51,61%		
Não	15	48,39%		
Qual ocupação				
Arte decoração/decoradora	1	6,25%		
Atendente de lanchonete	1	6,25%		
Reciclagem/cooperativa	1	6,25%		
Confeiteira	1	6,25%		
Agricultora	1	6,25%		
Empresaria/micro empreendedor	3	18,75%		
Vendedora	2	12,50%		
Assistente Administrativa	1	6,25%		
Repositora/mercado	1	6,25%		
Manicure	1	6,25%		
Babá	1	6,25%		
Estagiaria/acadêmica	1	6,25%		
Auxiliar de cozinha	1	6,25%		
Jornada de trabalho semanal				
≤ 20 h	3	18,75%		
21 a 30 h	1	6,25%	40h	± 8H
31 a 40 h	4	25,00%		
> 40 h	8	50,00%		
Vínculo empregatício				
Formal	7	43,75%		
Informal	9	56,25%		
É contribuinte do INSS				
Sim	13	41,94%		
Não	18	58,06%		
Renda mensal pessoal				
R\$ 954,01 à 1.255,00	7	53,85%		
R\$ 1.255,01 à 2.329,00	5	38,46%		
R\$ 2.329,01 à 4.164,00	1	7,69%		
R\$ 4.164,01 à 5.400,00				

TABELA 6 PERFIL SOCIOECONÔMICO DE MÃE PARTICIPANTE DO ESTUDO E ASPECTOS REFERENTES À REDE DE APOIO

(continuação)

Renda mensal Familiar				
R\$ 954,01 à 1.255,00	1	3,57%		
R\$ 1.255,01 à 2.329,00	14	50,00%		
R\$ 2.329,01 à 4.164,00	10	35,71%		
R\$ 4.164,01 à 5.400,00	1	3,57%		
> R\$ 7.875,00	2	7,14%		
A renda familiar é suficiente para atender as despesas da casa				
Sim	22	73,33%		
Não	4	13,33%		
Razoavelmente	4	13,33%		
Você recebe ajuda financeira externa				
Sim	6	19,35%		
Não	25	80,65%		
Se recebe, de quem				
Familiares	4	66,67%		
Benefício socioassistencial	1	16,67%		
Outros	1	16,67%		
Você reside na mesma casa que o pai do RN				
Sim	24	80,00%		
Não	7	20,00%		
Composição familiar (pessoas que moram na casa)				
Mãe e Marido	9	29,03%		
Mãe, Marido, filhos e/ou enteados.	9	29,03%		
Mãe, Marido, filhos e/ou sogros.	9	29,03%	3,88	1,97
Mãe, Pais da mãe, irmãos e/ou avós da mãe.	3	9,68%		
Mãe (mononuclear)	1	3,23%		
Idade relativa aos residentes ≤ de 15 anos				
0 à 3 anos	1	4,55%		
4 à 7 anos	13	59,09%		
8 à 11 anos	4	18,18%		
12 à 15 anos	4	18,18%		
Estruturação da moradia				
Alvenaria	23	74,19%		
Madeira	5	16,13%		
Mista	3	9,68%		
Condições de moradia				
Própria	22	70,97%		
Alugada	5	16,13%		
Cedida	4	12,90%		
Total	31 mães			

FONTE: A autora (2020).

Metade das mães, (16) realizavam atividade laboral remunerada, tais como: microempreendedora, vendedora, manicure, confeiteira, agricultora, decoradora. Dentre estas, nove tinham vínculo informal de trabalho. Dentre as 31 mães entrevistadas, somente 13 recolham 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 tem direito ao recebimento do

salário maternidade além de outros benefícios sociais que contemplam aos segurados do INSS.

Um recente estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) confirma que a participação das mulheres no mercado de trabalho ainda é menor que dos homens, além de que, elas tem mais chances de estarem desempregadas na maior parte dos países do mundo, principalmente nos menos desenvolvidos e de baixa renda, chegando a ser duas vezes maior a taxa de desemprego entre as mulheres do que as dos homens nos Estados Árabes e norte da África, devido normas sociais que bloqueiam a participação das mulheres em empregos remunerados.

De acordo com o relatório “Perspectivas Sociais e de Emprego no Mundo: Tendências para Mulheres 2018”, realizado pela entidade, a taxa global de participação das mulheres na força de trabalho ficou em 48,5% em 2018, 26,5 pontos percentuais abaixo da taxa dos homens. No cenário brasileiro a taxa de participação da mulher no mercado de trabalho no mesmo período era de 44%, segundo o IBGE. O estudo da OIT também mostra que as mulheres representam uma fração majoritária no setor informal correspondente a 42% do emprego feminino em 2018. Estes resultados confirmam pesquisas anteriores que alertaram sobre desigualdades significativas de gênero em relação a salários e proteção social. (OIT, 2018).

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

A renda mensal pessoal de 54% destas mães não ultrapassava R\$ 1.255,00. Sendo que 38% recebiam renda que chegava até R\$ 2.329,00 por mês.

Sobre a renda familiar, 14 mães relataram que variava entre R\$ 1.255,00 à R\$ 2.329, e 10 mães disseram que a renda familiar estava entre R\$ 2.329,00 à R\$ 4.164,00. No entanto, ao ser perguntado se ela considerava a renda familiar suficiente para atender todas as necessidades da família, 73% respondeu que sim.

Recentemente, a OIT divulgou uma pesquisa, realizada em escala mundial, constatando que as mulheres recebem apenas 77% do valor salarial que os homens recebem, quando realizam o mesmo labor e em iguais condições (OIT, 2018). E o quadro brasileiro não dissona 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 à 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 à R\$ 2.329,00, contemplou 81% dos pais e somente 38% das mães.

Diante da concretude destes dados, observa-se que após 50 anos de luta dos movimentos sociais de maio de 68, pela liberação da opressão sobre as mulheres e pela igualdade de direitos em relação aos homens, 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 a falta de oportunidade e, portanto, acaba tendo de 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.

Soma-se a estes, outros desafios que as mulheres precisam superar para participar do mercado de trabalho, como por exemplo, a dupla, e às vezes tripla jornada que muitas precisam realizar, pois quando a mulher trabalha fora de casa ela continua responsável quase que exclusivamente pela manutenção desta, além de ser responsável por cuidar dos filhos, ou seja, no dizer de Saffioti (1979) a mulher é responsável pela produção material da vida.

Nogueira (2010) lembra que, na sociedade capitalista e patriarcal, ainda nos dias de hoje, o trabalho doméstico permanece predominantemente sob a responsabilidade das mulheres, estejam elas inseridas no espaço produtivo ou não. De forma que as mulheres continuam tendo de buscar formas de articular o trabalho doméstico (reprodutivo) com o trabalho assalariado (produtivo). E neste sistema afirma a autora, a mulher sofre uma combinação de exploração e de opressão, pois essas duas dimensões do mundo do trabalho nos revelam questões objetivas, subjetivas, individuais e coletivas existentes nas relações sociais de gênero.

A desigualdade de condições de trabalho entre mulheres e homens é construída social e historicamente. Nesse sentido, Nogueira (2010) pontua que a década de 70 do século passado coloca definitivamente a mulher no mundo do trabalho e isto ocasiona, em primeiro lugar, a consciência da desigualdade de gênero e, em segundo lugar, a reivindicação por salários iguais em trabalhos iguais e divisão mais justa no trabalho doméstico. No entanto, na década de 90, com a globalização, há uma ampliação do trabalho feminino, chamada de Feminização do Trabalho, mas mantém inalterado o trabalho doméstico.

Em recente artigo que reflete sobre o trabalho feminino dentro e fora de casa, aprofunda esse debate, evidenciado que as novas modalidades familiares, com as mulheres tornando-se chefes de família e a manutenção de discriminações de gênero onde as mulheres ganham salários menores e, além disso, são responsáveis pelo cuidado dos membros que compõe a família ocasionam uma dupla jornada de trabalho, fora e dentro do ambiente privado.

A sociedade capitalista impõe à mulher a responsabilidade de reproduzir e cuidar do corpo social que mantém o sistema em funcionamento e ainda desempenhar o trabalho produtivo mais desvalorizado e fragilizado desse sistema. De forma que a igualdade de gênero pode permanecer apenas como ideal a ser conquistado, enquanto as mulheres no mundo do trabalho procuram desempenhar atividades iguais às dos homens, lutando por empregos e salários iguais, mas no ambiente privado continuam sendo as responsáveis por todo o trabalho doméstico e criação e cuidados da família. Portanto, a Feminização do Trabalho pode ser extremamente injusta socialmente se não for acompanhada de medidas de reconhecimento cultural e amparo social (DA SILVA, 2019).

Do total de mães, somente seis declararam receber alguma ajuda financeira externa, coincidentemente aquelas mães que não tinham trabalho remunerado ou cuja renda familiar era insuficiente para as despesas da casa. Para cinco delas a ajuda financeira era proveniente de familiares, como os pais, sogros, e avó, e uma recebia benefício socioassistencial.

Nove mães relataram viver somente com o marido na casa, justamente aquelas que estavam vivenciando a primeira gestação. Outras nove disseram viver com o marido e filhos e/ou enteados, tendo estes em média de quatro a sete anos.

Ainda, outras oito mães informaram que viviam na casa, além do casal e os filhos ou enteados, também, os pais de um ou de outro e avó. Quatro mães referiram morar com os seus pais e uma mãe referiu morar sozinha, sendo este o caso de uma família mononuclear a partir do nascimento da filha.

A constituição brasileira trata sobre esta modalidade legal em seu artigo 226, §4º acolhendo ao contexto de formação, qualquer dos pais e seus descendentes. Portanto, a entidade familiar constituída por um dos pais e seus descendentes é denominada de família monoparental. Essas entidades receberam essa nomenclatura para que assim seja ressaltada a presença de somente um dos pais na titularidade do vínculo familiar (SILVA, et. al., 2019).

Quanto a moradia, 74%, das casas eram de alvenaria, e 71% era propriedade da família, as demais eram alugadas ou cedidas.

Tabela 7 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NEONATO E PROCESSO GRAVÍDICO

Variáveis	N	%	Média	± DP
Gravidez planejada				
Sim	16	51,61%		
Não	15	48,39%		
Gravidez desejada				
Sim	26	83,87%		
Não	5	16,13%		
Número desta gestação				
1º Gestação	11	35,48%		
2º Gestação	12	38,71%		
3º Gestação	3	9,68%		
4º Gestação	2	6,45%		
5º Gestação	3	9,68%		
Tipo de Gravidez				
Única	22	70,97%		
Múltipla (gêmeos)	8	25,81%		
Múltipla (trigêmeos)	1	3,23%		
Tipo de parto				
Natural	7	22,58%		
Cesária	24	77,42%		
Idade gestacional				
≤ 28 semanas	11	26,83%		
29 à 31 semanas	14	34,15%	30,3 semanas	
≥ 32 semanas	16	39,02%		
Peso				
0,500 kg à 1.000 kg	7	17,07%		
1.001 kg à 1.500 kg	19	46,34%	1,250 kg	±0,290
1.501 kg à ≥ 2.000 kg	15	36,59%		
Realizou pré-natal				
Sim	30	97,56%		
Não	1	2,44%		
Início do pré-natal				
2 à 6 semanas	16	53,33%		
7 à 12 semanas	10	33,33%	7,82 semanas	± 3,53
13 à 20 semanas	4	13,33%		
Quantidade de pré-natal				
≤ 7 consultas	10	33,33%		
8 à 15 consultas	15	50,00%	11,17 cons.	± 4,61
≥ 16 consultas	5	16,67%		
Está amamentando				
Sim	21	67,74%		
Não	10	32,26%		
Deseja amamentar				
Sim	30	96,77%		
Não	1	3,23%		
Segurou seu filho na posição canguru				
Sim	24	77,42%		
Não	7	22,58%		
Deseja segurar				
Sim	31	100%		
Não				
Total	31 mães			

FONTE: A autora (2020).

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

Para 15 mães a gravidez não foi planejada, no entanto, do total de entrevistadas, 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. E é por essa diferenciação que a questão do desejo pela gravidez requer maiores estudos, pois, apesar de os 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”.

De igual forma ocorreu com oito pais desta pesquisa ao responder que a gravidez de sua companheira não foi planejada, porém todos os pais disseram que desejaram ter o filho. Segundo, Klaus, Kennell, Klaus (2000); Brazelton (1998), um bebê começa a existir para seus pais muito tempo antes de sua concepção, a partir do desejo que cada homem e cada mulher possuem desde sua tenra infância, quando brincam de boneca e imitam os adultos expressando seu desejo de um dia ter seu próprio filho e/ou formar uma família.

Em um estudo que objetivou entender o que levaria as mulheres a não se utilizarem de métodos contraceptivos em seus relacionamentos sexuais ocasionais, culminando na falta de planejamento familiar, decorrentes de uma ou mais gravidezes inesperadas, concluiu-se que as mulheres pesquisadas não desconheciam os métodos de contracepção e optaram pela gravidez como uma solução para a solidão ou para manter o relacionamento com o parceiro. Levando com isto a reflexão para as políticas públicas de planejamento familiar, quanto a considerar para além da informação e conscientização da contracepção, também os aspectos das causas e desejos inconscientes da gravidez (OTONI, 2018).

Quanto à amamentação, na época da entrevista, 10 mães ainda não haviam amamentando seus filhos, devido incapacidade destes, seja pela extrema imaturidade e/ou outras necessidades biológicas, porém, 30 mães disseram que desejavam amamentar seu filho 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 retirá-lo da incubadora.

Este aspecto do desejo também foi demonstrado pelos pais dos RNs na ocasião da entrevista. Metade dos pais já haviam segurado o filho na posição pele a pele e dentre aqueles que pelo mesmo motivo da mãe ainda não havia segurado, 17 disseram estar ansiosos para segurá-lo o quanto antes.

Quase 75% das mães desta pesquisa estavam em sua primeira ou segunda gestação; 25% tiveram gestação múltipla (gêmeos), fatores estes que também são apontados em estudos anteriores como indicador de risco para prematuridade (PORTO; PINTO, 2019).

O parto cesariano foi predominante neste estudo, com 77% dos casos. O que pode ser atribuído à elevada prevalência de gestações de alto risco atendidas neste Serviço, tanto devido a situação mórbida da mãe quanto intercorrência fetal.

A cesariana é uma das três modalidades de partos mais usuais. Porém, partos cirúrgicos sem uma indicação médica específica podem influenciar no aumento da mortalidade materna e neonatal, razão pela qual a OMS orienta, desde 1985, que a prevalência de cesariana não ultrapasse 15% de todos os partos.

No entanto, conforme estudo cujo objetivo foi investigar o perfil dos partos realizados no Brasil e possíveis sequelas decorrentes da modalidade, de acordo com as características obstétricas maternas, demonstrou que em 2014 o percentual de partos cesáreos foi superior ao recomendado pela OMS na maioria dos continentes, com taxas ainda mais elevadas na América Latina e Caribe (40,5%).

Concluindo que as altas taxas de cesarianas eletivas é motivo de preocupação tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (ALCANTARA, 2018).

Outro estudo que objetivou investigar os determinantes da alta taxa de cesáreas no Brasil, demonstrou que em 2016, essa taxa foi de 55,5%, a segunda maior dentre os países com dados disponíveis no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana. Deste percentual a maior parte ocorre em dias úteis em hospitais privados sem leitos voltados ao SUS, elevando consideravelmente a taxa brasileira, haja vista haver mais hospitais privados do que públicos no país. Outro achado da pesquisa diz respeito ao perfil demográfico das mulheres que realizam o parto cesáreo, sendo a maior parte mulheres brancas, mais escolarizadas e casadas, sugerindo a incidência de fatores não médicos sobre a probabilidade de cesárea eletiva agendada. (MAGALHÃES, et. al.,2019)

A idade gestacional dos RNs desta pesquisa acompanhou a incidência percentual por subcategoria de prematuridade dos RNs do Brasil, onde a maior parte dos prematuros se encontram na faixa de prematuridade moderada a tardia (32 à $\leq$ 37 semanas de IG), conforme demonstrado em dados do DATASUS (2018) e confirmado em outras pesquisas sobre o assunto (ENSP/FIOCRUZ, 2016); (RAMOS, CUMAM, 2009); (SOUZA, MAIA, ZEGO, 2019).

Os RNs deste estudo com IG ($\geq$ de 32 semanas), também prevaleceu, respondendo por 39%. Seguido da segunda subcategoria (28 à $\leq$ 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 RNs com mais de 32 semanas de IG seja maior nesta amostra, destaca-se também o elevado número de muito prematuro e de prematuro extremo.

A resposta para este desfecho novamente pode ser justificada, devido a especificidade deste Serviço no atendimento ao pré-natal de alto risco,

Dentre os 41 RNs, 19 pesaram entre 1.000g a 1.500g ao nascer. Outros 15 RNs, nasceram com peso entre 1.501g à 2.000g. Porém nesta amostra sete RNs 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.

Do total de mães desta pesquisa, apenas uma não realizou rotina de pré-natal, relatando que desconhecia a gravidez até o dia do parto prematuro. A maioria (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 13ª 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.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 50% das mães realizaram de oito a 15 consultas, 16% tiveram mais de 16 consultas, justificadas devido situação de doença prévia da mãe, como por exemplo diabetes gestacional e hipertensão arterial. Ressalta-se, entretanto, que 10 mães realizaram menos de sete consultas, contrariando recomendação dada pela Portaria Nº 570/2000 do MS quanto ao acompanhamento da rotina de pré-natal.

Em pesquisas anteriores sobre o assunto, ficou evidenciado entre outros fatores, 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 à saúde, materno infantil (SOUZA, MAIA, ZEGO, 2019), (CARVALHO, COELHO, 2017).

Quadro 6 ORIGEM E FATORES DE RISCO EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA DA MÃE

Categorias	Variáveis	Nº	%
Origem	UBS - Curitiba/HC	33	82,50%
	UBS - Região metropolitana/HC	6	15,00%
	Plano particular	1	2,50%
Fator de risco materno	Abortos anteriores	2	5,56%
	Artrite reumática	1	2,78%
	Cerclagem – Incompetência Istmocervical	1	2,78%
	Cisto cerebral	1	2,78%
	Diabetes e/ou desenvolvida na gestação	4	11,12%
	Gemelaridade	4	11,11%
	Hipertensão e/ou desenvolvida na gestação	12	33,30%
	Hipotireoidismo	3	8,34%
	Histórico de prematuridade	1	2,78%
	Infecções do aparelho urinário	1	2,78%
	Medicação controlada	1	2,78%
	Pós bariátricas e outras morbidades	2	5,56%
	Sangramento uterino	3	8,33%
	Artrite reumática	1	7,14%
	Bronquite asmática – Asma	1	7,14%
	Cistocele	1	7,14%
	Fibromialgia	1	7,14%
	Hipertensão	4	28,58%
	Hipotireoidismo	3	21,42%
	Rinite alérgica	2	14,29%
	Transtorno afetivo bipolar	1	7,14%
Faz uso de algum medicamento contínuo	Sim	10	24,39%
	Não	21	75,61%

FONTE: A autora (2020).

Do total de mães entrevistadas 80% apresentaram algum tipo de complicação durante a gravidez, ou ainda tinham histórico de doença prévia. Dentre elas, prevaleceu a hipertensão arterial (33%), seguida de diabetes gestacional (11%), gemelaridade (11%), hipotireoidismo (8%), sangramento uterino (8%), abortos anteriores (5%), infecção do aparelho urinário (3%), cirurgia bariátrica e outras comorbidades, (5%), além de uso de medicamento controlado por parte de 25% das mães, entre outras doenças. As mesmas características maternas e obstétricas que tornam a gestante mais propensa ao parto cesáreo.

Estes achados são consoantes com os demonstrados em pesquisas anteriores, cuja finalidade foi caracterizar o perfil sociodemográfico e fatores de risco materno de RNs prematuro hospitalizados em UTIN (PORTO; PINTO, 2019); (CARVALHO, COELHO, 2017).

Em outro estudo realizado no Hospital de Clínicas de Goiás, que investigou associar os fatores maternos e neonatais à prematuridade, demonstrou que a predição do parto prematuro é associada a alguns fatores de risco demográficos e

obstétricos, tais como: idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível sócio-econômico, e de escolaridade, antecedente de parto pré-termo, gestação gemelar, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação. Este estudo também esclareceu que a prematuridade pode ser espontânea, (a que ocorre como consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas), e eletiva, (quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais). A prematuridade eletiva representa 35% dos partos prematuros (SALGE, et. al., 2009).

5.2 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMR) DAS FAMÍLIAS DE RNs PREMATUROS INTERNADOS NA UTIN

Neste estudo foram incluídos e organizados os elementos indicados pelos pais, como partícipes da rede social e de apoio dos mesmos.

Para representar a construção da rede de apoio das famílias, utilizou-se o MMR, que segundo Sluzki (2010), inclui todos os indivíduos e instituições com quem interage uma pessoa, neste caso os pais do RN prematuro internado na UTIN.

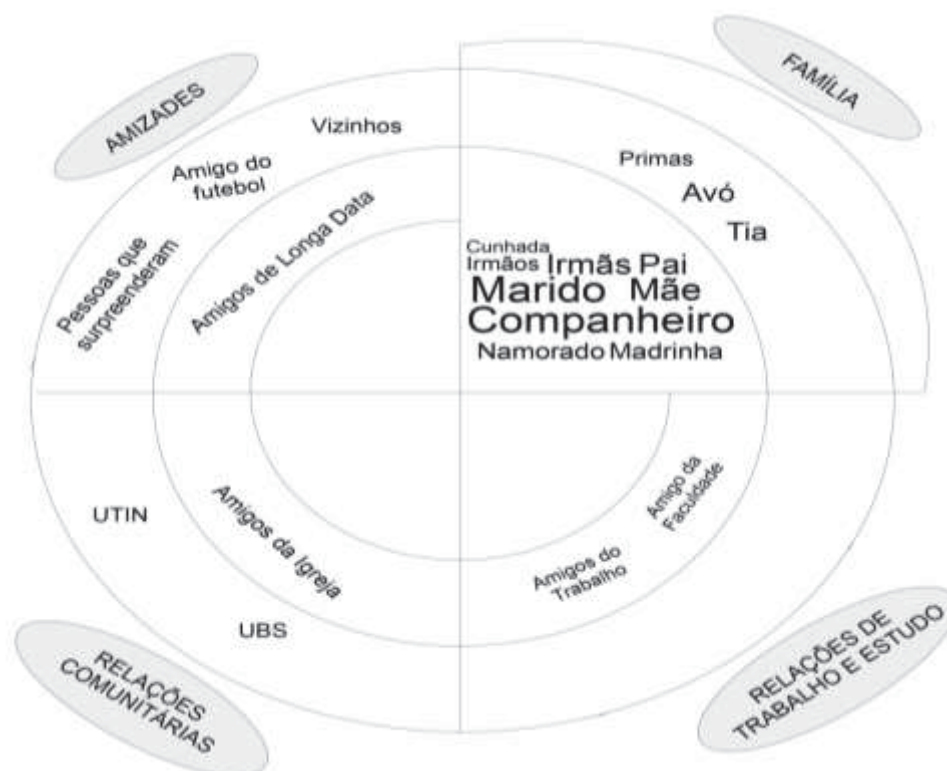
Estes elementos foram sistematizados com base no MMR que é subdividido em quatro quadrantes sendo estes: **família**, caracterizado por laços familiares; **amizades**, baseados na empatia pessoal, e conexão por laços sociais; **relações de trabalho e/ou estudo**, que são as relações estabelecidas e, mantidas fundamentalmente na atividade profissional ou de estudos, e as relações comunitárias, que incluem pessoas que se relacionam devido à participação em organizações como grupos religiosos, saúde, social, entre outros (SLUZKI, 2010).

Em cada quadrante há três círculos demarcados, sendo o círculo central o que abarca as ligações íntimas, ou seja, as pessoas com as quais se podem compartilhar intimidades, geralmente neste círculo estão os integrantes da família nuclear ou alguns amigos especiais. O círculo intermediário abrange as relações das pessoas sem um alto grau de intimidade, neste espaço costumam compor os amigos que compartilham atividades sociais, como esporte, lazer, prática religiosa, grupos de estudo ou trabalho, parentes distantes, entre outros (SLUZKI, 2010).

No círculo externo encontram-se as pessoas com as quais se tem um contato ocasional em algum momento ou situação na vida. (SLUZKI, 2010; BRITO & KOLLER, 1999). Nesta perspectiva o MMR contribui para facilitar a visualização da

rede de apoio e assim potencializar a utilização desta para o cuidado pautado na dimensão familiar e social do sujeito

Figura 3 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DAS FAMÍLIAS DE RNPs INTERNADOS NA UTIN DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR



FONTE: A autora (2020) Adaptado de SLUSKI, 2010

Os pais dos RNs internados possuem uma rede de relações que são significativas e é nessa significância que buscam apoio.

A partir da escuta e atendimento aos pais de RNs prematuros internados na UTIN, observa-se que o primeiro apoio instrumental ou material e emocional que eles recebem, vem principalmente de pessoas próximas e pertencentes ao núcleo familiar, especialmente do marido/esposa, companheiro/a, mãe, irmã, pai. Conforme demonstra o adensamento de integrantes que compõem a rede de apoio, localizadas no círculo interno do quadrante família.

Enquanto boa parte do apoio emocional e de informação aparece preponderantemente nos círculos intermediário ou externo do mapa, como por exemplo, o auxílio prestado por membros da igreja, do trabalho, ou por amigos próximos, e parentes, bem como, a oferta de apoio especializado pela equipe multiprofissional de saúde que cuida do RN na UTIN.

A configuração da rede social de apoio dos pais deste estudo corrobora com uma revisão integrativa que buscou conhecer a experiência de famílias de RNs prematuro hospitalizados, a qual evidenciou que o apoio dos familiares, o apoio da equipe de saúde e a fé em Deus e espiritualidade que os pais possuem constitui a base do suporte material e emocional necessário no enfrentamento de situações difíceis (EXEQUIEL, 2019).

A rede de apoio composta pela família e amigos, se dá pela afetividade e solidariedade, sejam por meio de visitas diárias, telefonemas, recados, palavras de conforto e esperança tende a ser uma fonte inestimável de suporte emocional nessa fase transposta pela incerteza relacionada à saúde do filho que nasceu prematuro.

No que diz respeito ao apoio institucional, observa-se que a disponibilidade de informações, o apoio e a interação por parte da equipe multiprofissional auxilia os pais no enfrentamento das situações de medo e insegurança, além da formação do vínculo com a equipe e confiança no trabalho da mesma quanto ao cuidado diário com seus filhos.

A terceira fonte de apoio que acompanha fortemente os pais de recém-nascidos internados em UTIN é a fé e a espiritualidade, que são dadas como suporte frente às dificuldades encontradas, proporcionando sentimentos de confiança, consolo, alívio e esperança em relação ao enfrentamento dessa situação (EXEQUIEL, 2019).

Percebe-se com isto, que as redes de apoio social são fundamentais na vida dos familiares que possuem um recém-nascido internado na UTIN, pois este apoio gera sentimentos de proteção, segurança e esperança para os familiares. Dessa forma, a equipe de saúde apoia exercendo uma função ética, acolhedora e cuidadora, promovendo e compartilhando saberes, que pode proporcionar conforto e encorajamento para enfrentar o processo de saúde-doença, nestes aspectos das relações sociais (NASCIMENTO, 2019; BRASIL, 2013).

5.3. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS

A análise dos dados possibilitou a identificação de três categorias temáticas, são elas: Vivência da Prematuridade; Rede de Apoio e; Parentalidade. Tendo sido identificadas respectivamente oito subcategorias temáticas: Significado e Sentimentos de ter filho prematuro, Experiência do internamento; Pai, Pessoas que

compõem a rede, UTIN, Como a rede de apoio se manifesta; Casal e Significado de Maternidade e Paternidade.

Foram identificadas, no total, 1085 falas que representam os núcleos de sentido. Para abarcar o significado subjetivo das falas e generalizar seu conceito, foi elaborada uma descrição previa sobre a concepção de cada tema em questão, traduzindo sua definição empírica.

No Quadro 7 estão apresentados o quantitativo de falas de cada subcategoria, e, as descrições empíricas que são os significados que a pesquisadora atribuiu para cada categoria e subcategoria temática analisada de acordo com os achados para cada entrevista.

Quadro 7 SÍNTESE DAS INFERÊNCIAS E QUANTITATIVO DE FALAS AGRUPADAS POR CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS	QUANTITATIVO DE FALAS POR SUBCATEGORIA	DEFINIÇÃO EMPÍRICA
VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE N=411	Significado e Sentimentos de ter filho prematuro	254	Significados atribuídos pelos pais sobre ter um filho prematuro. Sentimentos experimentados pelos pais diante o nascimento de um filho prematuro.
	Experiência do Internamento	157	Expectativa dos pais relacionados ao desenvolvimento de seus filhos internados na UTIN e desejo de leva-los para casa.
REDE DE APOIO N=496	Pai	217	Percepção da mãe sobre o lugar/desempenho do Pai na sua rede de apoio. Percepção do pai sobre sua experiência e atuação na rede de apoio materno infantil.
	Pessoas que compõem a rede	80	As pessoas presentes física e emocionalmente que compõem a rede
	UTIN	69	Local e Equipe de Saúde que proporcionam a ambientação dos pais para o cuidado com o RN prematuro.
	Como a rede de apoio se manifesta	130	Todas as formas de demonstração de apoio prático, emocional e espiritual aos pais dos RN prematuros internados na UTIN.
PARENTALIDADE N=178	Casal	99	Percepção da díade (mãe e pai) sobre a relação conjugal. Destacam-se sentimentos, perspectivas de planejamento familiar e futuro.
	Significado de Maternidade e Paternidade	79	Definição dos pais sobre a experiência de tornar-se mãe e pai.

Fonte: A autora (2020).

Observa-se com estes dados numéricos que há uma concentração maior na subcategoria que revela os sentimentos desencadeados pela experiência de ter um filho prematuro (n=254) e a consequente vivência do internamento na UTIN (n=157). Na categoria temática Rede de Apoio, a maior representatividade aparece na subcategoria Pai (n=217), destacando-se que esta subcategoria aparece na percepção tanto da mãe quanto do próprio pai enquanto lugar e atuação na rede de apoio materno infantil. A segunda subcategoria mais representada diz respeito à forma como a rede de apoio se manifesta (n=130).

5.3.1 Vivência da Prematuridade

A categoria temática **Vivência da Prematuridade** revela como os pais de RNs internados percebem e elaboram suas experiências no contexto da prematuridade. Esta temática se desmembra em duas subcategorias, sendo a primeira referente ao Significado e os Sentimentos que os pais vivem quando tem um filho prematuro: dizem respeito aos significados atribuídos e os sentimentos experimentados pelos pais diante o nascimento do filho prematuro. A segunda subcategoria refere-se a Experiência do Internamento: esta revela as expectativas dos pais relacionadas ao desenvolvimento de seus filhos internados na UTIN e o desejo de leva-los para casa.

5.3.2 Rede de Apoio

A categoria temática **Rede de Apoio** abrange todas as pessoas, os serviços e instituições que por meio de inúmeras formas proporciona apoio e suporte aos pais de RNs prematuros internados na UTIN. Esta temática é subdividida em quatro subcategorias, sendo que cada uma apresenta sua definição empírica, quais sejam: Pai: refere-se tanto à percepção da mãe sobre o lugar do pai em sua rede de apoio, quanto a percepção do próprio pai sobre sua experiência e atuação na rede de apoio materno infantil. Pessoas que compõem a rede: são todas as pessoas presentes física e emocionalmente, com quem os pais podem contar; UTIN: refere-se ao local e equipe de saúde que proporcionam a ambientação dos pais para o cuidado com o RN prematuro. Como a rede se manifesta: corresponde a todas as formas de demonstração de apoio prático, emocional e espiritual aos pais dos Rns prematuros.

5.3.3 Parentalidade

A terceira categoria temática **Parentalidade** é exemplificada pela concepção que a mulher e o homem tem sobre a relação dual e a construção dos novos papéis parentais. Essa categoria temática comporta duas subcategorias, a primeira traz a representação de casal que é definida a partir da percepção da díade (mãe e pai) sobre a relação conjugal, onde destacam-se sentimentos, perspectivas de planejamento familiar e futuro. A segunda subcategoria apresenta o Significado de Maternidade e Paternidade de acordo com a definição dos pais sobre a experiência de tornar-se mãe e tornar-se pai.

Além do quantitativo e das definições empíricas de cada subcategoria temática, também estão apresentados nos resultados dessa pesquisa, as falas intercaladas entre mãe e pai que mais representam cada uma das subcategorias.

O quadro 8 apresenta as falas mais representativas da Categoria Temática Vivência da Prematuridade.

QUADRO 8 CATEGORIA VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FALAS QUE MAIS REPRESENTAM
VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE	SIGNIFICADO E SENTIMENTOS DE TER FILHO PREMATURO	<i>“As vezes bate um desespero” M 19</i> <i>“O medo de perder ela [RN] é grande” P 23</i> <i>“O medo a gente sempre tem, mas eu estava com mais medo quando ela [companheira] estava grávida” P 38</i> <i>“Não dá para explicar, ao mesmo tempo uma emoção com medo” M 19</i> <i>“Quando eu penso que não vou dar conta, eu venho aqui, pego ela [RN] no colo, me sinto mais mãe, fico mais real” M 40</i> <i>“Eu fiquei bem assustado, com medo pela vida dos dois [mãe e filho]” P 45</i> <i>“É ter de voltar, parar no tempo, e ver esse processo devagarinho” M 12</i> <i>“Parece que foi interrompido, era para ele [RN] ir até novembro, parece que interrompeu alguma coisa que foi planejado” M 34</i> <i>“Acho que é a gente ser guerreira, nosso filho ser guerreiro” M 22</i> <i>“A hora que nasce, você descobre que são prematuros que precisam de cuidados, é uma provação diária de limites” M 32</i> <i>“Me sinto insegura, preocupada, mas confiante” M 1</i> <i>“Para mim significa uma vitória” P 42</i> <i>“Por ela ser prematura, eu já vi que precisa ter um pouquinho mais de cuidado, mas tudo bem, ela é forte” P 38</i> <i>“Eu também fui prematuro de sete meses, fiquei um mês na UTIN, por isso é que eu acho que minha saúde é de ferro” P 28</i> <i>““É uma confusão de sentimentos, fico com medo, mas feliz, preocupado, mas confiante porque ele está num lugar bom” P 14</i>

QUADRO 8 CATEGORIA VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE

(continuação)

VIVÊNCIA DA PREMATURIDADE	EXPERIÊNCIA DO INTERNAMENTO	“Meu papel é estar presente todos os dias, fazer o canguru o máximo possível, estar aqui para o que der e vier, dar todo o apoio” P 48 “A gente vai descobrindo e vai se adaptando, mas sabemos que é um processo demorado” M 24 “Essa experiência está me amadurecendo muito” P 45 “Vendo que meu filho está bem, me fortalece e me deixa mais segura” M 12 “Ele [RN] está pequenino, mas vai crescendo, agora ele já está mais gordinho” P 16 “A melhor parte é chegar aqui e ver ela progredindo, dá um animo na gente” P 23 “A médica conversou com a gente, e fomos vendo que elas estão evoluindo, agora sim estou mais tranquilo” P 25 “Ele [RN A] está ganhando peso, está super esperto, veio para o colo antes, agora ele está na UCINCA” M 32 “Estou otimista, fiquei surpreso com o peso dela [RN] hoje, fiquei feliz” P 38 “Dá vontade de fazer algo diferente, dá um otimismo, um entusiasmo, sinto que agora eu tenho um bebê” M 34 “Eu tenho que entender que é um dia de cada vez, agora está mais fácil, porque o bebê saiu do tubo, já estou conseguindo dormir” M 1 “Agora junto com ele aqui no Canguru [UCINCa] eu estou muito mais tranquila, e também vou chegar em casa muito mais segura” M 12 “Eu queria poder levar ele para casa já, pois chego em casa e vejo as coisinhas dele” M 2 “Espero que saiam rápido, porque a gente está ansiosa para eles irem para casa” P 9 “É difícil vir aqui ver ela [RN] e não poder levar para casa, ter que deixar” M 19
---------------------------	-----------------------------	---

FONTE: A autora (2020)

De acordo com as falas que emergiram nessa pesquisa, percebe-se que os pais atribuem uma pluralidade de significados à experiência de ter um filho prematuro. Tais significados se relacionam tanto com os sentimentos despertados pelo nascimento do filho pré-termo quanto com o modo próprio de viver e se subjetivar.

“Para mim significa uma vitória” P 42.

“É uma experiência única e totalmente diferente” P 48.

“É ter de voltar, parar no tempo, e ver esse processo devagarinho” M 12.

“Acho que é a gente ser guerreira, nosso filho ser guerreiro” M 22.

“A hora que nasce você descobre que são prematuros que precisam de cuidados, é uma provação diária de limites” M 32.

“Eu também fui prematuro de sete meses, fiquei um mês na UTIN, por isso é que eu acho que minha saúde é de ferro” P 28.

Um estudo que objetivou conhecer a vivência materna com filhos prematuros em uma UTIN demonstrou que, para a mãe vivenciar a permanência do filho prematuro na UTIN implica que ela internalize o objeto para poder elaborá-lo. A prematuridade, representa este objeto misterioso, que se torna palpável e objetivo, sendo necessário muitas vezes que a mãe recorra a experiências anteriores para integrar-se a esse novo mundo, recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido de sua bagagem emocional, ancorando o novo, o desconhecido, retirando-o da sua navegação às cegas, pelas águas do não familiar (DE SÁ, COSTA, DE SÁ, 2012).

Para os pais desta pesquisa a experiência de ter um filho prematuro, desencadeou uma gama de sentimentos ambivalentes desde o medo absoluto de perder o filho até a felicidade de perceber o milagre da vida. O primeiro pauta-se em suas preocupações com as variadas complicações clínicas que cada um apresenta e o segundo relaciona-se ao fato do filho ter nascido vivo e continuar lutando pela vida, mesmo que dentro de uma incubadora e por vezes entre a vida e a morte, como expresso nas falas a seguir:

“Não dá pra explicar, ao mesmo tempo uma emoção com medo [...] Às vezes até bate um desespero” M 19.

“O medo de perder ela [RN] é grande” P 23.

“O medo a gente sempre tem, mas eu estava com mais medo quando ela [companheira] estava grávida [...] Por ela ser prematura, eu já vi que precisa ter um pouquinho mais de cuidado, mas tudo bem, ela é forte” P 38.

“Eu fiquei bem assustado, com medo pela vida dos dois [mãe e filho] [...] Essa experiência está me amadurecendo muito” P 45.

“Me sinto, insegura, preocupada, mas confiante” M 1.

Um estudo realizado em uma maternidade do Pará com o objetivo de verificar os sentimentos vivenciados pelos pais diante da hospitalização do bebê prematuro em uma UTI neonatal revelou que, os sentimentos de ansiedade, angústia, medo, tristeza, culpa, insegurança, esperança, desamparo, necessidade de estar com o filho e, de cuidar dele estão presentes mesmo para aqueles pais que já sabiam da real possibilidade de nascimento prematuro do bebê (CARVALHO, PEREIRA, 2017).

Autores renomados como Brazelton, (1992/1993); Klaus, Kennel, Klaus, (2000); Stern, (1997); Leff, (2017) afirmam que, o processo de formação de apego, e o desenvolvimento da ligação afetiva entre os pais e seu bebê se dá de forma contínua, podendo iniciar quando surge o desejo de ter filhos, que pode ser tanto consciente quanto inconsciente, passando pela gestação que é acompanhada por representações positivas ou negativas. E à medida que o feto vai crescendo no útero materno, as representações sobre ele, vão se desenvolvendo no psiquismo de seus pais.

Afirmam estes autores que em torno do quarto mês de gestação, essas representações se tornam mais específicas e intensas devido a percepção dos movimentos fetais e as imagens de ultrassom. A riqueza de representações sobre o futuro do RN tende a se manter até o sétimo mês, quando então começam a diminuir, tornando-se menos claras e positivas, e as preocupações dos pais passam a ser mais objetivas como: o tipo de parto, a possível data e local de nascimento, entre outras.

Segundo Stern (1997) esse processo ocorre para que os pais de uma forma intuitiva protejam seu filho que vai nascer e a si mesmos de uma possível discordância entre o bebê real (aquele que comparece no dia do nascimento), e o bebê que idealizam em seus pensamentos e desejos.

No entanto, o nascimento prematuro de um bebê e a consequente internação em UTIN, encontra os pais ainda em fase de conceber um bebê saudável, gordinho, forte e ativo, bem diferente do pré-termo que geralmente é magro, pálido, de aparência enfraquecida e tem dificuldades para interagir com eles. Por isso, os pais temem pela sobrevivência do filho, e especialmente a mãe pode se sentir culpada pelo parto prematuro.

A declaração de uma mãe desta pesquisa reflete o processo psíquico de representação materna, proposto por Stern (1997).

“Parece que foi interrompido, era para ele [RN] ir até novembro, parece que interrompeu alguma coisa que foi planejada” M 34.

Há consenso na literatura de que o nascimento antecipado de um filho impõe aos pais um trabalho psíquico de elaboração do luto pela perda do bebê imaginário e o investimento afetivo no bebê real. Contribui para este processo de elaboração dos pais, a garantia de um pronto acesso à seus RNs onde eles possam ver, tocar, segurar na posição pele a pele o mais precocemente possível, e receber orientação

e apoio específico de seus familiares e equipe de saúde para ajuda-los a desenvolver competências parentais e então, ao entrar em harmonia com as necessidades especiais do bebê, aceitando-o como um sujeito, poderão aos poucos ajustar a imagem idealizada de seu bebê ao bebê real que está a sua frente (BRASIL, 2017); (BRAZELTON, GREENSPAN, 2002).

Nota-se que a partir de um aporte de facilitação e incentivo à interação entre os pais e seu bebê, aos poucos eles conseguem adaptar-se à realidade vivida e passam a projetar expectativas mais otimistas com relação ao desenvolvimento do filho, conforme demonstram as falas a seguir:

“Ele [RN] está pequenino, mas vai crescendo, agora ele já está mais gordinho” P 16.

“A melhor parte é chegar aqui e ver ela progredindo, dá um animo na gente” P 23.

“A gente vai descobrindo e vai se adaptando, mas sabemos que é um processo demorado” M 24.

“Eu tenho que entender que é um dia de cada vez, agora está mais fácil, porque o bebê saiu do tubo, já estou conseguindo dormir” M 1.

“Agora junto com ele aqui no Canguru [UCINCa] eu estou muito mais tranquila, e também vou chegar em casa muito mais segura” M 12.

“Ele [RN A] está ganhando peso, está super esperto, veio para o colo antes, agora ele está na UCINCA” M 32.

Uma revisão integrativa sobre vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em UTIN, constatou que as famílias expressam sentimentos como tristeza, angústia, medo e culpa ao mesmo tempo em que falam de esperança, fé e alegria. (Silva, et. al. 2016).

Observa-se, que os sentimentos mais positivos surgem após algum tempo de internação, e está associado a melhora do desenvolvimento do filho, por menor que ele seja. Neste momento parece que os pais fazem as pazes com o aparato tecnológico da UTIN e adquirem confiança na equipe de saúde, tornando-se aliados da mesma nos cuidados com o RN.

Quando os pais sentem confiança nos profissionais de saúde que prestam cuidados ao seu filho, eles possuem maior tranquilidade em relação a sua recuperação.

Esta assertiva é corroborada por diversos estudos com pais de bebês hospitalizados (ROSO, et. al., 2014); (SOUZA, et. al., 2010); ANJOS, et. al., 2012), e também evidenciada na fala de um pai dessa pesquisa:

“A médica conversou com a gente, e fomos vendo que elas estão evoluindo, agora sim, estou mais tranquilo” P 25

Poder realizar cuidados progressivos como a troca de fralda, a mudança de posicionamento, aferição de temperatura e, principalmente o contato pele a pele é reconfortante para os pais, e significa uma reestruturação no exercício da maternidade e da paternidade, como demonstrado nas falas a seguir:

“Dá vontade de fazer algo diferente, dá um otimismo, um entusiasmo, sinto que agora eu tenho um bebê” M 34.

“Estou otimista, fiquei surpreso com o peso dela [RN] hoje, fiquei feliz” P 38.

“Quando eu penso que não vou dar conta, eu venho aqui, pego ela [RN] no colo e me sinto mais mãe, fico mais real” M 40.

A esperança na recuperação do filho geralmente está calcada na fé em Deus e na religiosidade. Os pais revelam suas crenças quando dizem:

“Pelo que estamos acompanhando todos os dias, elas estão se desenvolvendo bem, graças a Deus. [...] A gente tem que acreditar sempre” P 25.

Nossa preocupação era até eles nascerem, mas nasceram bem, graças a Deus P9.

Eu acho que vai ser tudo tranquilo se Deus quiser P 48.

Estudos sobre representações maternas e redes de apoio social de famílias de prematuros hospitalizados, observaram que para os pais, ter fé em Deus, representa ter esperança e conforto, para continuarem acreditando na recuperação do seu filho. A fé é referenciada como suporte para o enfrentamento da angústia. Enquanto Deus é sempre associado ao sentimento de força, segurança e consolo diante a situação de sofrimento e provação (JARUSSI; ZANI, 2015); (OLIVEIRA, et. al. 2013); (SANTOS, et. al. 2012); (GOMES, et. al. 2011).

O quadro 9 apresenta as falas mais representativas da Categoria Temática Rede de Apoio, sendo esta a que gerou o maior número de sub subcategorias.

Quadro 9 CATEGORIA REDE DE APOIO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FALAS QUE MAIS REPRESENTAM
REDE DE APOIO	PESSOAS QUE COMPÕEM A REDE	<i>“Pessoas que eu nunca imaginei que fosse se preocupar e estão apoiando, isto dá ânimo, eu fico feliz” P 23</i> <i>“Meu esposo, minha mãe, minhas duas irmãs, meu pai, minhas amigas” M 1</i> <i>“Também tem as irmãs da igreja” P 5</i> <i>“Minha mãe, minha sogra, alguns amigos meus da faculdade, meus irmãos, minhas tias” P 14</i> <i>Minha sogra P 38</i> <i>“Eu sou de MG, aqui eu moro sozinha, minha tia veio de lá, ficar uns dias comigo, mas já voltou. Tenho só uma amiga e mais ninguém, ela até me acompanhou no parto” M 40</i> <i>“Somos só eu e Meu marido” M 43</i> <i>“Meu pai mora longe em MG, e minha mãe mora em Curitiba, mas não sei onde. Nós não nos falamos há um ano”. “No início da gestação eu senti muita falta da minha mãe, e quando os bebês nasceram também” M 20</i> <i>“Eu gostaria que a minha família estivesse por perto, minha mãe está longe, tem hora que eu preciso dela” M 4</i> <i>“A minha família é muito distante emocionalmente, tanto que eu sinto falta disso”. “Eu sinto mais falta é do afeto da minha mãe, eu achava que ganhado um bebê, ia ser diferente e não foi” M 22</i> <i>“Meu esposo, minha mãe, minhas duas irmãs, meu pai, minhas amigas” M1</i> <i>“Meu marido, minha família, minha mãe, meu pai e minhas irmãs” M 2</i> <i>“Meu marido, minha sogra” M 4</i> <i>“Minha mãe, meu pai, nós moramos na mesma casa” P 5</i> <i>“Meu companheiro/namorado, minha mãe, minha tia que também é minha amiga” M 13</i> <i>“Minha sogra, meu marido” M 20</i> <i>“Meu esposo, minha mãe, são os mais próximos” M 24</i> <i>“Em primeiro lugar minha esposa, nossos pais, mais os dela” P 45</i> <i>“Minha mãe principalmente, minha tia, minha madrinha, meu padrinho, minha avó, minha companheira” P 50</i> <i>“Conto só com o pai dele [RN]” M 10</i>
	UTIN	<i>“A opção de ficar no Canguru, 24 horas junto com ela [RN] é bem melhor” M 22</i> <i>“Quando eu subi aqui [UTIN] comecei a acompanhar mais de perto, foi o que me tranquilizou” P 48</i> <i>“Tem uma parte boa: que é saber que aqui estão cuidando bem dele [RN]” M 49</i> <i>“Eu acho que esse cuidado daqui [UTIN] influencia muito para elas estarem evoluindo” M 24</i> <i>“Eu procurei saber sobre o hospital, com as pessoas que já passaram por aqui, e também com as pessoas que trabalham aqui” P 48</i> <i>“Aqui no hospital toda a equipe tem me auxiliado com as informações” M 24</i> <i>“O atendimento aqui [UTIN] é excelente, parece que a gente está num hospital particular” P 25</i> <i>“Agora que ele [RN] pelo menos já nasceu, já estão ajudando ele, dando leite, aqui, ele está praticamente salvo” M 49</i> <i>“Aqui eles [equipe] estão sempre atentos, e isso traz mais tranquilidade” P 45</i> <i>“Aqui o atendimento é muito bom, eles tratam bem a minha filha” P 42</i> <i>“As enfermeiras ajudam muito explicando as coisas pra gente” M 31</i> <i>“Os médicos também explicam tudo, só que eles são mais fechados” M 31</i>

Quadro 9 CATEGORIA REDE DE APOIO

(continuação)

REDE DE APOIO	UTIN	<i>“Você ajuda a gente com os problemas emocionais da vida, e a gente sente que dá para se abrir mais” M 31</i> <i>“Aqui no hospital toda a equipe tem me auxiliado com as informações” M 24</i> <i>“Você também tem me ajudado muito, me escutando” M 24</i>
	COMO A REDE DE APOIO SE MANIFESTA	<i>“O chá de fralda, ajudou, porque é um gasto a menos” P 23</i> <i>“Minha sogra me ajuda com dinheiro e cuidando da minha filha” M 20</i> <i>“Os parentes de Itaperuçu, tia, tio que cuidam do meu filho lá em casa, eles me dão força” M 19</i> <i>“Minha mãe ajuda levando e buscando as outras crianças na escola” M 24</i> <i>“Nós conseguimos o carro da saúde do meu município para vir todo dia” M 41</i> <i>“Minha esposa ficou internada uma semana, quando minha irmã via que eu estava cansado, ela ficava no meu lugar para eu ir descansar” P 42</i> <i>“Nós estamos morando na casa dos meus sogros porque ela [companheira] fez cesárea, e eles acolheram a gente, é melhor para cuidar dela” P 45</i> <i>“Eu recebo bastante apoio, por meio de palavras de conforto dos amigos do ministério” P 5</i> <i>“Várias pessoas tem conversado comigo, me dado força, dizem que vai passar, que é só uma provação que estamos passando, mas Deus está abençoando” M35</i> <i>“Uma das minhas amigas teve gêmeos prematuros, ela me passa muita informação, sobre a experiência dela para me dar segurança” M 1</i> <i>“Todos da minha família mandam mensagens, visitam, eles me dão força” M 29</i> <i>“Minha mãe é evangélica, esse apoio também conta” P 11.</i> <i>“Estão rezando por ele, para ele sair logo daqui” M 2</i> <i>“Apoio espiritual, eu também procuro, porque acho que nesse momento, se não fosse Deus, eu já teria caído” M 40</i> <i>“Eu tenho bastante fé em Deus, acho que foi um sentimento que Deus colocou no meu coração para recebe-lo com amor e não ficar com medo” P 45</i>
	PAI	<i>“Ele já era um paizão para A [outra filha], mas agora ele está mais atencioso comigo, está mais família do que nunca” M 12</i> <i>“Não tenho relacionamento com o pai dela [RN], porque ele simplesmente desapareceu” M 40</i> <i>“Eu acho que ele [pai] ocupa o primeiro lugar” M 1</i> <i>“A gente já teve bastante conflito, mas agora eu acho que quando nasceu o G [RN], também nasceu o M [pai] junto” M 12</i> <i>“Junto com minha mãe, mas ele [namorado] está na base, porque ele me dá o suporte maior” M 13</i> <i>“O M [companheiro] é fundamental agora” M 12</i> <i>“Ele ocupa um lugar grande, de um a dez, ele é dez” M 17</i> <i>“Ele [companheiro] ocupa todos os lugares” M 19</i> <i>“Em primeiro lugar está o meu marido, ele está no topo, numa escala de zero a dez, ele está no dez” M 20</i> <i>“Ele [companheiro] tem sido um suporte valioso para mim, desde o começo sempre esteve do meu lado” M 24</i> <i>“Eu creio que depois da mãe vem o pai” P 25</i> <i>“Ele foi o que mais esteve presente, mesmo a gente não sendo um casal” M 26</i> <i>“Ele [companheiro] é um pai presente, ele ajuda, e isso é importante” M 27</i> <i>“Sim, eu queria que ele [pai do RN] estivesse presente,</i>

Quadro 9 CATEGORIA REDE DE APOIO

(continuação)

REDE DE APOIO	PAI	eu queria que ele perguntasse mais sobre a criança, que ele viesse ver” M 31 “Nós não estamos mais juntos, mas depois que ela nasceu eu confesso que ele [pai do RN] faz falta” M 40 “Ele [pai do RN] é bem positivo, ele fala que vai dar tudo certo, e logo nós vamos para casa” M 43 “Ele [companheiro] é meu porto seguro, meu e dela [RN] agora” M 47 “Quando eu venho aqui, eu pego ele [RN] no colo o máximo que eu posso, abraço” P 50 “Eu quero deixar a M [companheira] o mais confortável possível, se ela quiser vir dez vezes por dia, eu trago” P 36 “Nos primeiros dias eu tinha que ser mais forte, porque ela [companheira] sentiu bastante, chorava muito” P 25 “Hoje eu vi que ela [companheira] estava cansada e propus para ela tirar um dia de folga e ficar descansando que eu vinha vê-lo” P 36
---------------	-----	---

FONTE: A autora (2020).

Assim como representado no MMR (figura 3) evidencia-se neste estudo que a maioria dos pais de filhos prematuros internados na UTIN, dispõe principalmente, do apoio de familiares próximos. Sendo que algumas famílias referem receber apoio de diversas fontes, enquanto outras apresentam limitação na rede de apoio, onde há somente a presença do binômio mãe/RN ou do trinômio mãe/pai/RN. As falas a seguir citaram as pessoas com as quais os pais podiam contar:

“Meu esposo, minha mãe, minhas duas irmãs, meu pai, minhas amigas” M 1.

“Minha mãe, minha sogra, alguns amigos meus da faculdade, meus irmãos, minhas tias” P 14

“Conto só com o pai dele [RN]” M 10.

“Minha mãe principalmente, minha tia, minha madrinha, meu padrinho, minha avó, minha companheira” P 50.

“Meu companheiro que é meu namorado, minha mãe, minha tia que também é minha amiga” M 13.

“Meu companheiro, minha tia que mora do lado de casa, minha avó” M17.

“Eu sou de MG, aqui eu moro sozinha, minha tia veio de lá, ficar uns dias comigo, mas já voltou. Tenho só uma amiga e mais ninguém, ela até me acompanhou no parto” M 40.

“Somos só eu, e Meu marido” M 43.

Observou-se que dentre os familiares que compõem a rede de apoio dos pais, há uma maior presença e participação do companheiro/a, mãe, pai, irmãs, sogra.

Esta realidade é corroborada por diversos estudos, sobre rede de apoio social de famílias de prematuros hospitalizados que apontam ser geralmente o primeiro apoio que os pais recebem, provenientes de familiares mais próximos, especialmente do pai da criança e das avós, a materna principalmente (NASCIMENTO, et. al. 2019); (GOMES, et. al. 2011); (COUTO; PRAÇA, 2012); (ALMEIDA; RAMOS; FIGUEIREDO, 2019). Como evidencia as falas:

“Meu esposo, minha mãe, são os mais próximos” M 24.

“Minha sogra, meu marido” M 20.

“Em primeiro lugar minha esposa, nossos pais, mais os dela” P 45.

Sluzki, (1997), fala sobre a importância em adotar a perspectiva de rede no campo da saúde, pois ela permite verificar a teia de interações que se formam, frente a uma situação de crise, como o nascimento de bebê prematuro, por exemplo, e o modo como as pessoas lidam com a experiência, permitindo a elaboração de uma estratégia de busca por novas fontes de suporte e apoio social para o enfrentamento dos eventos da vida.

Nessa perspectiva, o autor estabelece correlação entre ter saúde e possuir uma rede social firme, dinâmica e confiável, representando fator de risco para a saúde quando há carência de relações sociais.

As falas a seguir denotam o sofrimento emocional destas mães que ao vivenciarem o nascimento do filho não podem ser acolhidas pelo afeto sustentador de suas mães. Ao adentrar neste tema, algumas mães se emocionaram.

“A minha família é muito distante emocionalmente, tanto que eu sinto falta disso”. [...] “eu sinto mais falta é do afeto da minha mãe, eu achava que ganhando um bebê, ia ser diferente e não foi” M 22.

“Eu gostaria que a minha família estivesse por perto, minha mãe está longe, tem hora que eu preciso dela” M 4.

“Meu pai mora longe em MG, e minha mãe mora em Curitiba, mas não sei onde. Nós não nos falamos há um ano” [...] “No início da gestação eu senti muita falta da minha mãe, e quando os bebês nasceram também” M 20.

Dantas et al. (2012), em seu estudo, destacaram o apoio social, especialmente as dimensões material e emocional, como fatores de proteção aos sintomas de depressão maternos, principalmente no contexto do nascimento pré-termo.

Stern (1997) discorre sobre a construção da maternalidade detalhando o processo de organização psíquica que ocorre com a mãe por ocasião do nascimento de um filho, especialmente o primeiro e a denomina de “Constelação da Maternidade”, a qual envolve as preocupações que a nova mãe apresenta a partir de suas experiências internas e externas e são expressas por meio de três discursos.

O primeiro discurso da mãe é com sua própria mãe, onde as lembranças da relação e dos cuidados recebidos servirão de modelos positivos ou negativos; nesta fase há um reenvolvimento com a figura que desempenhou a maternagem. O segundo discurso é consigo mesma, enquanto mãe; neste momento surgem inquietações sobre como desempenhar a função materna. O terceiro discurso é o da mãe com o seu bebê (LEFF, 2017; BRAZELTON, CRAMER, 1992).

Os autores referem que nesse momento, a identificação da mãe com sua mãe, bem como a permissão dela para tornar-se mãe é essencial na elaboração e adaptação do novo papel a ser desempenhado pela nova mãe, que se depara com temas centrais relacionados a este processo, que envolvem desejos, medos, memórias e motivos que irão influenciar os sentimentos, as ações, interpretações, relações interpessoais e outros comportamentos adaptativos da nova mãe (BRAZELTON, CRAMER, 1992; BRASIL, 2014; LEFF, 2017).

Stern (1997) destaca dois temas pertinentes neste contexto: Tema de Relacionar-se Primário e Tema de Matriz de Apoio

O primeiro diz respeito a capacidade da mãe de apresentar uma sensibilidade aumentada que permite identificar-se intensamente com o filho para melhor responder às suas necessidades. No dizer de Winnicott, este é o estado de “preocupação materna primária” que é marcado por laços humanos de apego, segurança e afeição e serão repetidos nos demais relacionamentos vindouros.

O segundo refere-se à necessidade da mãe, mobilizar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora, para que ela possa alcançar bons resultados nas tarefas, de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo.

Neste momento uma rede maternal costuma se formar, a partir de figuras de referência que desempenham papel central na rede de apoio da mãe, geralmente composta pelas avós do bebê (especialmente as avós maternas), as irmãs, amigas e cada vez mais com grande atuação dos companheiros. Mas também se pode incluir neste rol de pessoas, os profissionais de saúde que realizam os cuidados e o

acompanhamento aos pais e ao bebê durante o internamento na UTIN (CUSTÓDIO, 2010).

Os pais deste estudo identificam que a UTIN embora, seja um ambiente gerador de apreensão, também é um ambiente que proporciona segurança e esperança de salvação ou recuperação do filho doente. E reconhecem a equipe multiprofissional de saúde como parte importante, tanto no cuidado ao filho quanto no suporte de informação e acolhimento aos pais. As falas a seguir demonstram essa percepção:

“Agora que ele [RN] pelo menos já nasceu, já estão ajudando ele, dando leite, aqui, ele está praticamente salvo” M 49.

“Eu procurei saber sobre o hospital, com as pessoas que já passaram por aqui, e também com as pessoas que trabalham aqui” [...] “Quando eu subi aqui [UTIN] comecei a acompanhar mais de perto, foi o que me tranquilizou” P 48.

“Estou feliz que pelo menos ela [RN] está bem aqui” M 34.

“Aqui o atendimento é muito bom, eles tratam bem a minha filha” P 42.

“Aqui eles [equipe] estão sempre atentos, e isso traz mais tranquilidade” P 45.

“Tem uma parte boa: que é saber que aqui estão cuidando bem dele [RN]” M 49.

“A opção de ficar no Canguru, 24 horas junto com ela [RN] é bem melhor” M 22.

“Aqui no hospital toda a equipe tem me auxiliado com as informações” [...] “Eu acho que esse cuidado daqui [UTIN] influencia muito para elas estarem evoluindo” M 24.

“As enfermeiras ajudam muito explicando as coisas pra gente” [...] “Os médicos também explicam tudo, só que eles são mais fechados” [...] “Você ajuda a gente com os problemas emocionais da vida, e a gente sente que dá para se abrir mais” M 31.

Ao se tratar, especificamente, de pais de RNs prematuros, é que o apoio dos profissionais de saúde, se torna imprescindível para criar ambiência e fortalecer a confiança e segurança dos pais, que deverão assumir aos poucos o cuidado do filho durante o internamento em UTIN e dar continuidade após a alta hospitalar.

Pesquisas anteriores com famílias de crianças hospitalizadas corroboram estes achados, e observam que elas percebem o apoio dos profissionais na medida em que são acolhidos na UTIN juntamente com seus filhos, no recebimento de orientações claras e constantes; na sensibilidade da escuta e compreensão frente às suas angústias e incertezas; na disponibilidade para ajudá-la com o cuidado progressivo ao RN, na facilitação para o cuidado de si; e no encorajamento ao

protagonismo dos pais como cuidadores de seus filhos (GOMES, et, al, 2011); (SHMIDT, et. al., 2012); (PINHEIRO, et. al., 2009); (OLIVEIRA, et. al., 2013); (ALMEIDA, RAMOS, FIGUEIREDO, 2019).

No contexto do nascimento pré-termo, e consequente internação do RN em UTIN, o qual em alguns casos pode estender por meses, as famílias costumam mobilizar esforços para subsidiar o cuidador, sendo normalmente a mãe, mas também o pai do RN que passa a comparecer diariamente na UTIN, ou permanece juntamente com o filho na UCINCA, para que eles possam dedicar-se mais e melhor ao filho recém-nascido, tornando-os com isto, mais confiantes e seguros.

O apoio recebido pelos pais de RNs desta pesquisa é proveniente de fontes, e de modalidades diversas, sendo que a maior parte do apoio que recebem são materiais e emocionais, conforme aparece nas falas a seguir:

“O chá de fralda, ajudou, porque é um gasto a menos” P 23.

“Os parentes de Itaperuçu, tia, tio que cuidam do meu filho lá em casa, eles me dão força” M 19.

“Minha mãe ajuda levando e buscando as outras crianças na escola” M 24.

“Nós conseguimos o carro da saúde do meu município para vir todo dia” M 41.

“Minha esposa ficou internada uma semana, quando minha irmã via que eu estava cansado, ela ficava no meu lugar para eu ir descansar” P 42.

“Nós estamos morando na casa dos meus sogros porque ela [companheira] fez cesárea, e eles acolheram a gente, é melhor para cuidar dela” [...] “meu padasto também me dá conselho” P 45.

“Minha sogra me ajuda com dinheiro e cuidando da minha filha” M 20.

“Todos da minha família mandam mensagens, visitam, eles me dão força” M 29.

“Carinho, acho que é o principal” M 27.

“Alivia saber que tem outras pessoas que se preocupam com você”. “Ajuda saber que alguém já venceu a UTIN” M 8.

“Minha sogra e minha cunhada mesmo distante, me ligam para saber como nós estamos” [...] “Uma amiga teve gêmeos prematuros, ela me passa muita informação sobre a experiência dela para me dar segurança” M 1.

O apoio instrumental/material compreende o auxílio prático e concreto, tem a ver com o provimento de necessidades materiais em geral (limpeza de casa,

realização de transporte, ajuda financeira, ajuda para cuidar de filhos pequenos, etc.). O apoio emocional refere-se aos sentimentos de afeição, aprovação, empatia e preocupação com o outro, e também a ações que levam a um sentimento de pertença a determinado grupo social. O apoio informacional diz respeito ao fornecimento de informação com caráter educativo, se apresentam em forma de conselhos, esclarecimentos, orientações, socialização de conhecimentos específicos que ajudam na resolução e/ou adaptação diante de problemas. (HAYAKAWA, et. al. 2010; GRIEP, 2003; DESSEN & BRAZ, 2000; DUE, 1999).

Em um estudo cujo objetivo foi compreender como a família vivencia o período de internação da criança no hospital, demonstrou que no contexto da prematuridade, cada família pode fortalecer sua identidade como grupo social, superar suas fragilidades e vulnerabilidades, agindo e reagindo, lutando e enfrentando os desafios diários que a hospitalização da criança lhes impõe, na tentativa de restabelecer o seu ponto de equilíbrio perturbado pelas mudanças decorrentes do processo de doença do filho recém-nascido. Para algumas delas, as mudanças e situações vivenciadas nesse contexto, refletem sentimentos de solidariedade que podem ressignificar ou acentuar os vínculos afetivos entre seus membros (GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Novamente os pais deste estudo ao pensarem sobre sua rede de apoio, mencionam que encontram na espiritualidade e fé em Deus ancoragem para suportar os dias difíceis que sucedem o nascimento prematuro do filho, ao dizerem:

“Eu recebo bastante apoio, por meio de palavras de conforto dos amigos do ministério” P 5.

“Apoio espiritual eu também procuro, porque acho que nesse momento, se não fosse Deus, eu já teria caído” M 40.

“Várias pessoas tem conversado comigo, me dado força, dizem que, vai passar, que é só uma provação que estamos passando, mas Deus está abençoando” M 35.

“Minha mãe é evangélica, esse apoio também conta” P 11.

“Eu tenho bastante fé em Deus, acho que foi um sentimento que Deus colocou no meu coração, para recebê-lo com amor e não ficar com medo” P 45.

“Estão rezando por ele, para ele sair logo daqui, isso dá conforto” M 2.

Vários estudos sobre a relação entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde, bem como, o enfrentamento de doenças, também demonstraram que as pessoas reconhecem a fé em Deus e a religiosidade ou espiritualidade como importantes aliadas no processo de superação de dificuldades e sofrimentos, constituindo, portanto, uma parte valiosa de sua rede de apoio (DIAS, PEREIRA, SILVA, 2020); (JARUSSI, ZANI, 2015); (SANTOS, et. al., 2012); (NUNES, et. al., 2017).

O pai aparece com destaque na categoria rede de apoio, porque responde a duas questões norteadoras desta pesquisa, sendo a primeira dirigida à mãe, sobre **qual o lugar que o pai do RN ocupa na rede de apoio materno-infantil** e a segunda dirigida ao próprio pai, sobre **como ele compreende seu papel de pai no contexto da prematuridade**.

As falas a seguir se referem a primeira questão e revelam que as mães reconhecem como apoio as várias formas de expressão e atitudes dos pais.

“Ele ocupa um lugar grande, de um a dez, ele é dez” M 17.

“Eu acho que ele [pai] ocupa o primeiro lugar” M 1.

“Ele [companheiro] tem sido um suporte valioso para mim, desde o começo sempre esteve do meu lado” M 24.

“Ele [companheiro] é um pai presente, ele ajuda, e isso é importante” M 27.

“O M [companheiro] é fundamental agora” M 12.

“Ele [companheiro] está o tempo todo cuidando de mim” [...] “A gente vê todo o amor que ele tem por ela, eu fico feliz e orgulhosa de ver o pai babão pela filha, é muito lindo” M 22.

“Ele foi o que mais esteve presente, mesmo a gente não sendo um casal” M 26.

“Ele [companheiro] é meu porto seguro, meu e dela [RN] agora” M 47.

“Em primeiro lugar está o meu marido, ele está no topo, numa escala de zero a dez, ele está no dez” M 20.

“Junto com minha mãe, mas ele [namorado] está na base, porque ele me dá o suporte maior” M 13.

“Na parte afetiva, sentimental ele [companheiro] sempre está dando todo o apoio” [...] “Ele é um braço direito, tanto para vir aqui, quanto para cuidar das meninas em casa” [...] “É um super pai” M 24.

“Agora eu estou ficando aqui no Canguru, e ele [companheiro] está lá melhorando a casa para ficar mais aconchegante para ela [RN], pai assim é bom” M 34.

É notório que o pai do RN ocupa um lugar de grande importância na rede de apoio da mãe, independente de ambos manterem ou não uma relação conjugal. Sua presença, disponibilidade e envolvimento com a mãe e/ou com o RN, indica que o projeto de ter um filho traduz o desejo de ambos os genitores, por isso podem ser cúmplices no exercício da maternidade e paternidade.

Em contrapartida, quando o pai do RN não comparece, nem física nem emocionalmente, produz na mãe sentimentos de pesar, devido sobrecarga de responsabilidade para cuidar sozinha do filho que acaba de nascer, o que por si só não é tarefa fácil. Porém, esta realidade se torna mais dramática quando ocorre o nascimento de uma criança prematura que necessita permanecer um longo tempo internada em uma UTIN.

As falas a seguir revelam os sentimentos das mães que vivem esta realidade:

“Não tenho relacionamento com o pai dela [RN], porque ele simplesmente desapareceu” [...] “depois que ela nasceu eu confesso que ele [pai do RN] faz falta”
M 40.

“Na minha rede de apoio ele [pai do RN] está sendo ninguém” [...] “Sim, eu queria que ele estivesse presente, eu queria que ele perguntasse mais sobre a criança, que ele viesse ver” Se ele se importasse, eu poderia saber que dá para contar com ele para ajudar se o bebê precisar M 31.

“Em relação a apoio para mim, ele [pai do RN] não faz falta, eu já tenho apoio da minha família. Mas eu queria que fosse diferente por elas (RNs). [...] “um dia elas vão perguntar: cadê meu pai, meu pai não está presente” M 33.

Pesquisas anteriores, concluíram que ter um companheiro pode representar alguém com quem dividir e compartilhar as responsabilidades e dificuldades do dia a dia, representando uma importante fonte de apoio (GARFIELD et. al., 2015; GRIEP et. al., 2005; RAMOS & CUMAN, 2009).

De acordo com pesquisa realizada em um hospital escola no interior do Paraná, cujo objetivo foi investigar a representação materna sobre o interesse e o cuidado paterno ao filho prematuro em uma UTIN, demonstrou que as mães ao vivenciarem os pais segurando seu filho no colo e realizando cuidados, sentiram orgulho e, alegria, sendo este, um momento de grande emoção. O cuidado do pai, com a mãe e com o filho prematuro gera satisfação para a mãe, e reforça o empoderamento paterno e seu conhecimento sobre o estado geral da criança. Devendo esta prática, ser valorizada pelas unidades de atendimento aos RNs hospitalizados (SANTANA, et. al., 2017).

Outro estudo que teve como objetivo descrever as experiências de enfrentamento dos pais com crianças admitidas em uma unidade neonatal, realizado na Noruega, identificou que, nas mães que tiveram seus companheiros ao seu lado durante a hospitalização do filho prematuro, houve redução de estresse e mais confiança e segurança do restabelecimento da saúde do filho prematuro (HAGEN, IVERSEN, SVINDSETH, 2016).

Constatação semelhante emerge num estudo realizado com profissionais de uma UCINCa, no Rio de Janeiro, demonstrando que é perceptível a importância do envolvimento afetivo e efetivo do pai, especialmente quando estes se fazem presentes e realizam o contato pele a pele com o filho. Uma vez, que garantem suporte físico e emocional para a mãe, proporcionando conforto, segurança e felicidade, com repercussão positiva para a amamentação. Assim, o enfoque do pai que ora está no bebê, ora na mãe, fortalece o elo familiar que reside nessa cooperação (SANTOS, MACHADO, CHRISTOFFEL, 2013).

Diversos autores fundamentam a tese de que a presença e participação do pai junto à mãe e ao filho, é considerada a maior fonte de apoio da mãe, principalmente por ocasião do nascimento deste. A partir do suporte emocional, material e social que o pai fornece à mãe e ao filho, assegura o desenvolvimento das potencialidades parentais de ambos os pais. (WINNICOTT, 2000); (BRAZELTON, CRAMER, 1993); (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000); (OIBERMAN, 1994); (PICCININI, et. al., 2012); (BARCELLOS, ZANI, 2017); (SCHMIDT, et. al., 2012).

Estes autores afirmam que o momento do nascimento do filho é privilegiado para criar a relação afetiva e duradoura entre o pai e o filho, por isso 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. Diferente do período de gestação em que essa relação era mediada pela mãe (OIBERMAN, 1994).

Esse fenômeno aparece nas falas a seguir:

“A gente já teve bastante conflito, mas agora eu acho que quando nasceu o G [RN], também nasceu o M [pai] junto” [...] “está mais família do que nunca” M 12

“Ela veio para nos unir, depois que eu tive ela [RN]”. “Ele [companheiro], se transformou como pai” M 22.

Ademais a esse contexto, os pais procuram transmitir às mães, mensagens de confiança, com o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar. E as mães percebem essa intenção a partir das falas que seguem:

“Ele [pai do RN] é bem positivo, ele fala que vai dar tudo certo, e logo nós vamos para casa” M 43.

“O jeito dele [companheiro] se preocupar é diferente, ele acaba acalmando a gente, Ele tem o jeito, dele, ele se preocupa, ele cuida” M 8.

“Ele [companheiro] falou que é para eu ter força e paciência, e não me estressar, porque é pior para o leite” M 46.

Por vezes, com o nascimento pré-termo, o RN é transferido para UTIN, não raro em estado crítico, enquanto a mãe permanece no centro obstétrico para receber cuidados, devido um trabalho de parto complicado. Quando isso ocorre, o pai tende a assumir uma postura de proteção à mãe, cuidando ao transmitir as notícias mais difíceis sobre o filho de forma que possa poupá-la de grandes impactos emocionais (BARCELLOS, ZANI, 2017; PICCININI, et. al., 2012).

Corroborando com essa atitude protetora do pai, o fato de que ele costuma demonstrar mais otimismo com relação ao estado de saúde do filho em comparação com o que demonstra a mãe. Observa-se que o pai que acompanhou a gestação de risco de sua companheira e/ou o parto pré-termo devido risco de morte materno-infantil, ao constatar que tanto a mãe quanto o filho estão vivos, sente alívio e esperança. A confirmação de que ambos sobreviveram ao parto, é considerada pelo pai como uma grande vitória, e a partir desse momento, consegue apostar de forma mais confiante na recuperação e desenvolvimento do filho, bem como, procura transmitir essa mensagem à mãe.

A segunda questão dirigida especificamente à figura paterna deste estudo, objetiva descrever como ele compreende seu papel de pai no contexto da prematuridade.

“Eu creio que depois da mãe vem o pai, [...] quero dar atenção, amor e carinho o máximo possível para elas [RNs], [...] eu já amo elas demais”, [...] eu procuro fazer de tudo para surpreendê-la [companheira] e deixa-la feliz. “Nos primeiros dias eu tinha que ser mais forte, porque ela sentiu bastante, chorava muito” [...] Minha esposa me cobra que eu não fico tocando nelas [RNs], mas é que eu sou muito medroso, tenho medo de fazer alguma coisa errada com os fios, prefiro ficar mais observando” P 25

“O papel de todo pai, é proteger, e lutar pelo melhor para o filho” P 11.

“Quando eu venho aqui, eu pego ele [RN] no colo o máximo que eu posso; abraço”, [...] “Eu incentivo ela [companheira] a vir aqui todos os dias, para ficar com ele”, [...] “Nós não temos dinheiro para vir aqui, mas, eu dou um jeito, empresto de alguém, mas faço questão que ela venha todo dia” P 50.

“Tem que ser pai realmente, se dedicar o máximo possível” P 9.

“Eu quero deixar a M [companheira] o mais confortável possível, se ela quiser vir dez vezes por dia, eu trago” [...] “Hoje eu vi que ela estava cansada e propus para ela tirar um dia de folga e ficar descansando que eu vinha vê-lo”, [...] “Eu falo para ela ficar em casa que eu passo a noite aqui, mas ela diz que não” P 36.

“Meu papel é cuidar bem dela [RN], dar carinho, ensinar o certo, criar bem ela, sempre estar do lado”, [...] “tudo o que depender de mim eu faço”, [...] “se eu pudesse ter um carro para ela [companheira] vir mais cedo e não ficar dependendo do carro da saúde” P 42.

“Eu queria poder fazer muito mais, para que ela pudesse ficar mais tempo aqui com os bebês” P 21.

“Nós já perdemos um bebê, ela [companheira] ficou muito abalada, é o primeiro filho dela, eu também fiquei, mas não me mostrei muito, eu tentei segurar”, [...] “Eu sempre dou atenção para ela, o que eu posso fazer é dar mais carinho” P 18.

“Acho que não tem nada que eu não tenha feito, eu a ajudei muito nessa fase do internamento, na dieta” P 30.

“Eu os amo demais [mãe e filho], é impressionante ver a mudança, nessa parte eu mudei muito, amadureci”, [...] “eu quero que ela fique em casa com ele [RN], quero que ela se dedique a ele, eu é que quero levar o sustento para casa” P45

“Tenho que ter um pouco mais de carinho, de cuidado com ela [companheira]” P 38.

Nota-se que os pais dessa pesquisa, compreendem seu papel de aliado da mãe no objetivo de criar o filho e dedicar a ele o melhor que possuem em seus recursos internos. Diante do nascimento do filho prematuro e permanência no hospital, os pais se revestem de atitude protetora e provedora de cuidados físicos e emocionais primeiramente para a companheira, visando seu conforto e felicidade, para que ela possa melhor desempenhar seu papel de cuidadora do filho.

Eles falam da necessidade de assumir uma postura capaz de transmitir força e segurança para a mãe, ainda que, sobrepondo seus próprios medos, incertezas e angústias. Com essa atitude, o pai cria a “rede maternal de apoio para a mãe”, proposta por Stern (1997) a qual tem a função de protegê-la física e

emocionalmente, atender suas necessidades vitais, e, afastá-la da realidade externa para que ela possa ocupar-se de seu bebê.

Os pais também reconhecem que vivenciar o nascimento do filho, especialmente, um prematuro, que reclama mais dedicação, devido internamento hospitalar, proporciona a eles um ganho no amadurecimento enquanto pai.

Expressar afeto, dedicação, proteção, carinho, amor, proximidade, interesse e desejo de acompanhar o (a) filho (a) e transmitir a ele (a) ensinamentos que julgam ser corretos, traduz o que estes pais compreendem ser o seu papel de pai. E para além dele, aponta também, que os pais reivindicam para si o direito de compartilhar momentos íntimos com o filho, os quais, outrora eram exercidos preponderantemente pela mãe.

A interação afetiva que ocorre na inter-relação de contato, cuidado e proteção entre o trinômio mãe/pai/bebê, caracteriza o ambiente humano, assim denominado por Winnicott (2006) no qual, as vivências gratificantes de cuidado e afeto, passam a constituir a base do desenvolvimento inicial do potencial humano do bebê.

Alguns autores como, (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000); (CARVALHO, BRITO, 2008); (OIBERMAN, 1994) defendem, que a relação afetiva entre pai e filho que se cria nesse momento, tende a se manter de forma consistente ao longo da vida, colaborando assim para o fortalecimento da função paterna. Nesse domínio, mãe e pai se complementam e possibilitam maiores efeitos na socialização e desenvolvimento da criança.

Ao encontro desta ideia, Leff (2017) faz uma análise histórica sobre o lugar do pai na procriação. E relata que enquanto a mulher é definida na maioria das culturas como aquela que tem um papel de procriação e de afeição maternal, o homem tem tido que criar identidades masculinas, em contra-identificação com a maternidade feminina. No entanto, com as transformações sociais que “aceita” pais solteiros e uniões não legalizadas pelo casamento; o simples reconhecimento da descendência, pelo pai, e transmissão de seu sobrenome, já não é mais suficiente para definir a paternidade.

Os pais necessitam desenvolver atividades maternas para ganhar a posição paternal, anteriormente garantida a eles pelo nome. Agir como pai, mas também como mãe, está se tornando cada vez mais comum. Curiosamente, o homem parece estar começando a dar mais valor para seus direitos paternos, o que inclui admitir, manifestações recíprocas de afeto entre pai e filho.

Em um estudo com profissionais de saúde materno-infantil, sobre o papel do pai na UTIN mostrou que a equipe multiprofissional percebe o pai como fonte de segurança para sua esposa, sendo isso um fator que pode minimizar a situação de estresse materna. E dessa forma a maior parte dos profissionais, demonstrou ser favorável à inserção do pai nos cuidados do filho durante o período de hospitalização na UTIN, compreendendo que a presença do pai oferece benefícios para o bebê, para mãe e para o próprio pai, resultando em fortalecimento do vínculo. (SOARES, BERNARDINO, ZANI, 2019).

Em pesquisa etnográfica, que objetivou analisar os significados atribuídos pelo pai ao cuidado do RN prematuro em UTIN, concluiu que os pais entendem que prover a família financeiramente também é uma forma de se identificar como pai e exercer a paternidade, ao mesmo tempo em que buscam se envolver afetivamente com o filho pré-termo, e com isso sentem prazer e satisfação. Outro achado deste estudo, é que para o homem, estar ao lado do filho e apoiando a mãe, é uma ação importante por ser uma maneira de representar seu papel social de pai. Contudo, evitam realizar os cuidados físicos com o bebê pré-termo, devido à fragilidade clínica e às dimensões corporais diminuídas, e acreditam que a mãe teria mais habilidade. Por isso optam por observar o filho enquanto a mãe ou a enfermeira realizam os cuidados com o mesmo. (SOARES, et. al., 2016)

Outro estudo realizado no Reino Unido demonstrou que a construção social de gênero pode influenciar no relacionamento de mães e pais com seus bebês no contexto da UTIN. Os pais têm mais dificuldade na interação com o RN pré-termo e seus cuidados, tanto pelos aspectos culturais relacionados ao modelo de paternidade hegemônica, quanto pela necessidade de, ao mesmo tempo, prover o sustento da família e permanecer na UTIN apoiando a mulher e aprendendo a cuidar do filho (DEENEY, et. al., 2012).

Nesse sentido, tanto os pais desta pesquisa, quanto os observados no estudo citado se esforçam para desempenhar o papel de provedor, protetor e cuidador da mulher, da família e do bebê. Por outro lado, a experiência do nascimento prematuro do filho, pode ressignificar a compreensão que o pai possui sobre sua função de pai e, promover a desconstrução do modelo binário de papéis sociais femininos e masculinos. Potencializando a plenitude no desempenho das funções paternas e maternas.

O Quadro 10 apresenta as falas mais representativas da Categoria Temática Parentalidade

Quadro 10 CATEGORIA PARENTALIDADE

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FALAS QUE MAIS REPRESENTAM
PARENTALIDADE	CASAL	<i>“É normal, a gente se dá bem, não tem brigas” M 10</i> <i>“A gente está super unido e um ajuda o outro” M 13</i> <i>“Eu e meu marido somos as únicas pessoas, um do outro” M 22</i> <i>“Depois do nascimento da S [RN] a gente ficou bem mais próximo, acho que melhorou mil por cento” P 23</i> <i>“A gente mal conversa, ele [pai do RN] no canto dele, e eu no meu” M 31</i> <i>“Nosso relacionamento é mais ou menos” M 32</i> <i>“Eu quero casar com ela [companheira] e quero ter mais filhos no futuro” P 50</i> <i>“Agora a gente está mais próximos, mais unido, devido as circunstancias” M 35</i> <i>“Eu e o pai delas [RNs] somos separados” M 39</i> <i>“Minha mulher é o melhor da minha vida” P 28</i> <i>“É complicado nosso relacionamento” P 39</i> <i>“A gente planejou ter filhos, eles vieram no momento certo” P 5</i>
	SIGNIFICADO DE MATERNALIDADE E PATERNALIDADE	<i>“É como um apaixonamento, mas lá no fundo, dá medo do mundo lá fora, se eu pudesse eu guardaria ela [RNs] de novo aqui dentro, acho que é proteção” M 33</i> <i>“Eu estou surpreso por ela [companheira] ficar tão apegada assim de começo” P 14</i> <i>“Ela [companheira] é uma supermãe para nossa filha, é uma grande esposa, ela é bem ativa” P 21</i> <i>“Todo dia você levanta e vê que sua vida mudou da água para o vinho” M 32</i> <i>“Vai ser uma experiência importante para nós dois [pai e mãe]” P 30</i> <i>“Ao descobrir a gravidez, me assustei um pouco, mas foi um sentimento que foi aumentando” P 45</i> <i>“Agora temos um grande desafio que é instruir eles nas coisas certas” P 5</i> <i>“Tem que ser pai realmente, se dedicar o máximo possível” P 9</i> <i>“Eu vou dar para ele, o que eu não tive, porque acho que isso todo pai pensa, tudo para ele” P 3</i> <i>“É um amor muito grande, que cresce cada vez mais dentro da gente, é muito gostoso” M 33</i> <i>“Não posso dizer que é amor incondicional, porque é além disso, transcende o amor” P 14</i> <i>“Quero ser para minha filha, pelo menos um por cento do que o meu pai foi para mim” P 23</i>

FONTE: A autora (2020)

Percebe-se primeiramente que o nascimento do filho representa para alguns pais a consolidação de um desejo compartilhado por ambos. E além do desejo manifesto de ter um filho, estes pais confirmam ter realizado conjuntamente a escolha do melhor momento de suas vidas para tornarem-se pais. A surpresa, no entanto, se dá pelo nascimento prematuro da criança. Porém, esse fato é assimilado pelos pais, sem prejuízo de suas disposições, fato evidenciado nas falas:

“A gente decidiu juntos, conversamos e conseguimos ter a nossa pequena S [RN]” P 38.

“Nós planejamos tê-la, mesmo ela vindo prematura” P42.

“A gente planejou ter filhos, eles vieram no momento certo” P 5.

Por outro lado, mesmo quando o casal não explicita que planejou a gravidez, o que corresponde à metade dos casais desta pesquisa, assim como da população em geral. O fato é que com a chegada de um filho, necessariamente deve ocorrer uma readaptação nos planos e perspectivas na vida de ambos os pais. Para a maioria dos pais desta pesquisa, a novidade parece ter favorecido o entrelaçamento do casal, agora incluindo o objetivo de criar o filho.

“Agora a gente está mais próximos, mais unido, devido as circunstâncias” M 35.

“Eu acho que melhorou bastante o nosso relacionamento depois que o bebê nasceu” P 14.

“Eu acho que agora que o L [RN] nasceu nós temos uma ligação para sempre” M 26.

“A S [RN] veio e uniu mais a gente” M 22.

“Com a chegada deles [RNs] a gente está enxergando algumas coisas, como: dar mais valor na vida a dois ficar mais junto” P 5.

“Quando ela [RN] for maior, eu e meu marido queremos dar os estudos e ensinar um monte de coisas” M 34.

Em pesquisa realizada em uma maternidade pública de referência para alto risco, cujo objetivo foi conhecer as características do planejamento reprodutivo em gestações de alto risco, evidenciou-se que dentre as 319 gestantes entrevistadas, 52% delas declararam que a gravidez não fora planejada pelo casal, e mesmo assim, 51% destes casais não utilizavam nenhum método anticoncepcional para evitar o evento, embora tenham demonstrado conhecimento sobre eles. Cenário que foi identificado também em outras pesquisas realizadas com o mesmo objetivo e atualização (DA SILVA CAPELLO, et. al., 2020).

Tanto os achados deste estudo quanto os da pesquisa citada, alimentam nossa aposta na determinação inconsciente que o homem e a mulher carregam consigo e, a partir dela expressam suas motivações pela paternidade e maternidade.

É perceptível também que a relação dual do casal é calcada na cooperação e ajuda mútua, por onde circula sentimentos de empatia, conforme aparece nas falas a seguir:

*“Eu quero o apoio dele [companheiro] em casa, depois que ela [RN] estiver lá”
M 10*

“A gente está super, unido e, um ajuda o outro” M 13.

“É como se estivéssemos num barco, o jeito que ela [companheira] sofre, eu sofro também” P 14.

Em pesquisa que avaliou o nível de estresse de mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN, mostrou níveis mais elevados de estresse em mães que vivenciavam sua primeira experiência com a maternidade, independentemente da idade e ressaltou a importância do relacionamento conjugal estável e do apoio mútuo como influências positivas na redução do estresse parental (FRÓES, 2020).

As falas a seguir revelam o exercício que o pai do RN faz para compreender a experiência singular da companheira por ocasião da maternidade:

“No começo a gente se dava muito bem, mas com a gravidez ela [companheira] ficou chata comigo, mas eu entendi que era por causa dos hormônios” P 23.

“Algumas coisas que eu fazia, agora eu não faço mais, penso muito antes de falar algo que possa magoá-la” P 30.

Marriot-Hohmann (2009) observa que o comportamento de atenção do pai, e esforço para acompanhar a mãe em momentos importantes como as consultas de pré-natal, a primeira visita ao filho na UTIN, o dia da alta hospitalar dela, entre outros, além de demonstrar solidariedade, pode ser um importante preditor da qualidade do relacionamento do casal de pais.

Parentalidade é um conceito que abarca a maternalidade e a paternalidade e traduz uma ideia de processo de formação de sentimentos, de funções e de comportamentos que as mães e os pais desenvolvem a partir dos cuidados físicos e psicológicos que realizam com o filho (BRAZELTON, 1998); (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000); (SOARES, et. al., 2015); (BRASIL, 2014).

Entretanto, o papel de cuidador foi moldado nestes pais ainda na infância, a partir de suas referências parentais, as quais podem ter sido percebidas como positivas ou negativas, porém, servirão de modelo, inobstante. Com o nascimento do

filho esse processo psíquico de desejar, gestar e, conceber o próprio filho se consolida, e se mantém na vida dos pais para sempre.

Os pais atribuem significados peculiares às suas experiências, a partir do nascimento do filho. Conforme relatados abaixo:

“É como um apaixonamento, mas lá no fundo, dá medo do mundo lá fora, se eu pudesse eu guardaria ela [RN] de novo aqui dentro, acho que é proteção” M 33.

“Todo dia você levanta e vê que sua vida mudou da água para o vinho” M 32.

“Vai ser uma experiência importante para nós dois [pai e mãe]” P 30.

“Eu queria uma família, um filho”[...] “Ao descobrir a gravidez, me assustei um pouco, mas foi um sentimento que foi aumentando” P 45.

“Tem sido algo maravilhoso na nossa vida” [...] “Agora temos um grande desafio que é instruir eles nas coisas certas” P 5.

“É um amor muito grande, que cresce cada vez mais dentro da gente, é muito gostoso” M 22.

“Não posso dizer que é amor incondicional, porque é, além disso, transcende o amor” P 14.

“Cada dia é uma emoção diferente” p 48.

“Não sou acostumado, sou pai de primeira viagem” P 16.

A experiência da maternidade e paternidade é reconhecida pelos pais desta pesquisa como oportunidade de crescimento e desenvolvimento, enquanto sujeitos que assumem o desafio de cuidar, proteger, orientar e amar o filho que compareceu ao encontro dos pais de forma apressada, por isso permanece no hospital para receber cuidados de outras pessoas treinadas para restabelecer sua saúde.

A forma com que os pais descrevem sua emoção e sentimento de amor pelo filho, como algo que aumenta a partir do convívio entre eles, confirma a teoria de que, embora, a ligação afetiva entre os pais e seu RN seja instintiva, ela não é instantânea. Mas, sim um processo contínuo, que deve ser facilitado pela equipe de saúde (BRASIL, 2017); (BRAZELTON, 1992).

Corroborar com esta evidência a teoria de que a base do desenvolvimento da personalidade humana está na continuidade, e tem início antes do nascimento concreto do bebê. Portanto, o que ocorre na relação entre o RN e seus pais, não se trata de criação de novos vínculos afetivos, mas sim, de reaproximação do vínculo já existente (WINNICOTT, 2000).

Ao encontro desta teoria, Szejer (1999), complementa que há um *continuum* afetivo e sensorial na vida do ser humano, de forma que a criança de “antes” e “depois” do nascimento é o mesmo ser, pois, antes mesmo de nascer, ela já é sentida e falada pelos pais. A criança já nasce com uma história que lhe é apresentada; a de sua linhagem e do desejo parental.

. Há consenso na literatura, de que a qualidade do relacionamento do pai com o seu filho, é fortemente influenciada pelas suas experiências anteriores, quando ele ainda era criança, e via no seu pai o modelo de cuidados que lhe eram dispensados. As falas a seguir indicam esta ideia:

“Eu sempre quis ser pai, agora quero ser para minha filha, pelo menos um por cento do que o meu pai foi para mim” P 23.

“Eu vou dar para ele, o que eu não tive, porque acho que isso todo pai pensa, é tudo para ele” P 3.

Da mesma forma como a mulher quando se torna mãe tende a reviver seus relacionamentos com a sua mãe, ou a figura que lhe proporcionou cuidados maternos, os homens também têm a necessidade de voltar-se para os próprios pais, identificar-se com eles para sustentar seu novo papel paternal (BRAZELTON, CRAMER, 1992); (BRASIL, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o apoio do pai do RN, encontra-se na base da rede de apoio materno infantil, figurando para a mãe como o mais importante de todos, uma vez que mãe e pai são cúmplices no projeto de desejar e criar um filho. E sua ausência é apontada pela mãe, como fator de sofrimento emocional.

Os pais por sua vez, compreendem que seu papel junto ao binômio mãe/filho é apoiar a mãe, protegendo-a e provendo conforto e bem estar para que ela possa melhor dedicar-se ao filho internado na UTIN. Os pais também projetam expectativas de cuidar, proteger, encaminhar e lutar pelos filhos, ao mesmo tempo em que exercem proximidade afetiva e efetiva com seus RNs, por meio das visitas, interesse, carinho e cuidados.

A maior parte das mães eram jovens de 18 à 25 anos, um pouco abaixo da idade paterna que se manteve entre 26 e 35 anos. O grau de escolaridade materna e paterna foi relativamente proporcional entre si, prevalecendo para ambos o ensino médio completo. De igual forma a espiritualidade e a fé são práticas realizadas tanto pela mãe, quanto pelo pai. Quase todos os pais, exerciam atividade laboral remunerada, e recebiam em média 30% a mais que as mães por carga horária de trabalho equivalente.

Tanto as mães quanto os pais que não planejaram a gravidez, afirmaram que a desejaram a partir do conhecimento da mesma. Quase todas as mães realizaram rotina de pré-natal, sendo que a maioria iniciou entre a segunda e sexta semana de gestação.

A idade gestacional dos RNs que prevaleceu neste estudo foi de ≥ 32 semanas, e o peso foi de 1.001 a 1.500g.

Evidenciou-se que os pais dos RNs internados possuem uma rede de relações que são significativas e, é nessa significância que buscam, e encontram o apoio necessário para desempenhar seus novos papéis. A maior fonte de apoio e proteção material e emocional concentra-se na família nuclear e parentes próximos, como o companheiro/companheira, mãe, pai, irmãos/os e avós.

Outra fonte de apoio é encontrada na equipe multiprofissional de saúde que cuida do RN na UTIN, onde a disponibilidade de informações, o acolhimento e a interação, auxilia os pais no enfrentamento de situações de medo e insegurança experimentada no início do internamento, além de favorecer o vínculo de confiança no trabalho da equipe quanto ao cuidado diário com seus filhos.

A fé e a espiritualidade também acompanham fortemente os pais de RNs internados na UTIN, e são citadas como fonte de confiança, consolo, alívio e esperança em relação ao enfrentamento dessa situação.

Esses achados comprovam que a presença e organização de uma rede social de apoio das famílias dos RNPs internados na UTIN podem refletir no melhor resultado do desempenho materno e paterno. Pois, este apoio gera sentimentos de proteção, segurança e esperança para os familiares. Dessa forma, a equipe de saúde que integra parte da rede de apoio das famílias de RNPs, apoia exercendo uma função ética e acolhedora, promovendo o encorajamento e estimulando à participação da família, especialmente do pai nos cuidados ao RNP.

Portanto, embora a presença da mãe junto ao filho nas UTINs seja bastante valorizada, é importante valorizar e inserir o pai nos cuidados do filho durante o internamento, pois a presença do pai oferece benefícios para o bebê para a mãe e para o próprio pai, resultando no fortalecimento do vínculo e o exercício da cidadania das famílias dos RNPs.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leziane Isolina Vilela; RAMOS, Salvador Boccaletti; FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves. Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuras. *Aletheia*, v. 52, n. 1, 2019.

DOS ANJOS, Lucy Sobieski et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012.

BARCELOS, A. A.; ZANI, A. V. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. *J. Health Biol Sci.* 2017; 5(3):277-285.

BARDIN, L. ANÁLISE DE CONTEÚDO. 1ª ED. SÃO PAULO. EDIÇÕES 70, 2016

BOTELHO, S. M.; BOERY, R. N. S. O; VILELA, A. B. A; SANTOS, W. S; PINTO, L. S; RIBEIRO, V. M; et.al. Maternal care of the premature child: a study of he social representations. *Rev. Esc. Enferm. USP.* (internet) 2012; 46(4). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400021>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 9 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1444-0

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20) ISBN 1. Assistência Hospitalar – Programa Nacional de Humanização, I. Título. II. Série

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.: il. ISBN 978-85-334-1782-3 1. Recém-nascido de baixo peso. 2. Método Canguru. 3. Saúde da Criança. I. Título.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru – seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica – caderno do tutor – atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2014. Rio de Janeiro, 2015

BRAZELTON, T. B. O desenvolvimento do apego. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

BRAZELTON, T. B. & CRAMER, B. G. As primeiras relações, Martins Fontes, São Paulo, 1992.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. As Necessidades Essenciais das Crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver; trad. Cristina Monteiro – Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRITO, M. L. S., MARIANO, D. B., DOS SANTOS OLIVEIRA, R., OLIVEIRA, T. P., DE OLIVEIRA CASTRO, A. F., JUNIOR, A. R. G. B. & SILVA, K. B. M. (2019). ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE PÓS NEONATAL ASSOCIADA A CAUSAS EVITÁVEIS EM PALMAS, TOCANTINS E BRASIL. DESAFIOS REVISTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, 6(3), 66-76.

BRITO, R. C. & Koller, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: Carvalho, A. M. organizador. O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo: 1999. P. 115-29.

CAMILO, José Derisvan. Mercado de trabalho na grande Aracaju: o peso da informalidade. 2018.

CARVALHO, J. B. L.; ARAUJO, A.C.P.F.; COSTA, I.C.C.; BRITO R.S.; SOUZA, N. L.; Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2009 set/out; 62(5): 734-38.

CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S. Atitude do pai diante do nascimento. Ver. Rene. Fortaleza, v. 9. n. 4. P. 82-90. out/dez 2008).

CARVALHO, SILAS SANTOS; COELHO, JULITA MARIA FREITAS. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO E PREMATUROS. SAÚDE EM REVISTA, V. 17, N. 45, P. 39-47, 2017.

CARVALHO, LARISSA DA SILVA; PEREIRA, CONCEIÇÃO DE MARIA CONTENTE. AS REAÇÕES PSICOLÓGICAS DOS PAIS FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO NA UTI NEONATAL. REVISTA DA SBPH, V. 20, N. 2, P. 101-122, 2017.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CHERMONT, A. G.; DA SILVA, E. F. A., VIEIRA, C. C., DE SOUZA FILHO, L. E. C., DE SOUZA MATSUMURA, E. S., & DA COSTA CUNHA, K. (2020). Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida

reprodutiva em uma maternidade privada. Revista eletrônica acervo saúde, (39), E 2110-E2110.

CONDE-AGUDELO, A; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews, [S.1.], n.4, p. CD002772, 2014. 3

CORREIO BRAZILIENSE. Mulheres só receberão o mesmo salário que homens em 2086, diz OIT. Brasília, 6 mar. 2015. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2015/03/06/interna_mundo,474329/mulheres-so-receberao-mesmo-salario-que-homensem-2086-oit.shtml>. Acesso em: 17 jul. 2015.

COUTO, Fabiane Ferreira; PRAÇA, Neide de Souza. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CUSTÓDIO, Z. A. O. Redes sociais no contexto da prematuridade [tese]: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus primeiros anos de vida, 2010. Florianópolis – SC

CUSTODIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Estudos de Psicologia. Campinas, v. 31, n.2, p. 247-255, 2014.

DANTAS, MAIHANA MAÍRA CRUZ ET AL. AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MÃES DE BEBÊS PREMATUROS HOSPITALIZADOS. PSICOLOGIA EM REVISTA, V. 18, N. 1, P. 90-106, 2012.

DA SILVA CAPELLO, Thais et al. Gestação de alto risco: caracterização do planejamento reprodutivo. Saúde e Pesquisa, v. 13, n. 2, p. 421-429, 2020.

DA SILVA, LISIANA LAWSON TERRA. MULHERES E O MUNDO DO TRABALHO: A INFINDÁVEL DUPLA JORNADA FEMININA. REVISTA ELETRÔNICA INTERAÇÕES SOCIAIS, V. 3, N. 1, P. 120-131, 2019.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL - 2018

DE ARAUJO, L. S., & SLOB, E. M. G. B. (2017). ATENÇÃO A SAÚDE DA FAMÍLIA MONOPARENTAL FEMININA: REFLEXÕES PARA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. REVISTA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO, 11(7), 23-34

Deeney K, Lohan M, Spence D, Parkes J. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. Soc Sci Med [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 09]; 75(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22694990> [Links]

DE SÁ, Raphael Colares; COSTA, Lêda Maria da Frota Pinheiro; DE SÁ, Fabiane Elpídio. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento

intensivo neonatal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 25, n. 2 Sup, p. 83-89, 2012.

DESLANDES, S. F.; GOMES, M. R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DESSEN, M. A. & BRAZ, M. P. REDE SOCIAL DE APOIO DURANTE TRANSIÇÕES FAMILIARES DECORRENTES DO NASCIMENTO DE FILHOS. PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA, 16(3), 221-231. 2000.

DE SOUZA, Daniel Miranda Lopes et al. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul/Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 5, p. 4052-4070, 2019.

DO NASCIMENTO, Iramar Baptistella et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 2, p. 187-194, 2017.

DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. (1999): Social relations: network, support and relational strain. Soc. Sci.Med. 48, p. 661-73.

EXEQUIEL, Nathalya Pereira et al. Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 89, n. 27, 2019.

FALCETO, O, G.. A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno. Tese de Doutorado. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2002.

FERREIRA, S. S. Porque falar ao bebê se ele não compreende? In atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar/ maria do carmo camarotti, (org.) São paulo: casa do psicólogo, 2001

FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Publica, ENSP/FIOCRUZ: Pesquisa Nascer no Brasil, publicada em dez/2016.

FLACKING, R. et. al. Closeness na separation in neonatal intensive care. Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992). Oslo, v. 101, n. 10, p. 1032-1037, 2012.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S.; MALTA, D. C.; FRANÇA, J. S.; TEIXEIRA, R. & MOONEY, M. (2017). PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE NA INFÂNCIA NO BRASIL, EM 1990 E 2015: ESTIMATIVAS DO ESTUDO DE CARGA GLOBAL DE DOENÇA. REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA, 20, 46-60.

FRANÇA, R. & LANSKY, S. (2016). MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL NO BRASIL: SITUAÇÃO, TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS. ANAIS, 1-29.

FRÓES, Graciela Feier et al. Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, n. SPE, 2020.

Fundo Das Nações Unidas Para A Infância (2013). Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf. Acesso em: 10/08/2018.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 165-171, 2012.

GOMES, G. C.; PINTANEL, A. C.; STRASBURG, A. C.; ERDMANN, A. L., O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. Ver. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2011, jan/mar; 19(1): 64-9.

Garfield, L., Holditch-Davis, D., Carter, C.S., Mcfarlin, B.L. Schwertz, D., Seng, J.S., Giurgescu, C., & White-Traut, R. (2015). Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. Adv Neonatal Care, 15 (1),3-8

GRIEP, R. H. (2003). Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. BMC Pediatrics. 2016;16:1-9. [Links]

HAYAKAWA, L. Y.; MARCONI, S. S.; HIGARASHI, I. H.; WALDMAN, M. A. P. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Ver. Enferm. Brasília, 2010, mai-jun; 63(3): 440-5.

JARUSSI, L.; ZANI, A. V. Representações maternas frente ao nascimento e hospitalização do filho prematuro na UTI Neonatal. Rev. Enferm. UPFE on line, Recife, 9(6):8214-21, jun., 2015.

KLAUS & KENNEL, Pais/Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Vínculo, construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. Psicologia USP, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 269-291, 2009.

KROPIWIEC, Maria Volpato; FRANCO, Selma Cristina; AMARAL, Augusto Randuz do. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. Revista Paulista de Pediatria, v. 35, n. 4, p. 391-398, 2017.

LEFF, RAPHELL J. Gravidez: a história interior; tradução de Beatriz Aratany Berger – São Paulo: Bucher, 2017

LINHARES, M. B. M. PREMATURIDADE, RISCO E MECANISMOS DE PROTEÇÃO DO DESENVOLVIMENTO. TEMAS SOBRE DESENVOLVIMENTO, 12, (SUPLEMENTO ESPECIAL), 18-24. 2002.

MARRIOT-HOHMANN Hohmann-Marriott, BE (2009). Os ideais de envolvimento do pai e as transições sindicais de pais solteiros. *Journal of Family Issues*, 30 (7), 898–920. <https://doi.org/10.1177/0192513X08327885>

MATHELIN, C. O Sorriso da Gioconda. Clínica psicanalítica com os bebês prematuros. 1999. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

MINAYO, M.C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias *Revista Pesquisa Qualitativa São Paulo*, v.5, n.7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOREIRA, M. E. L; BRAGA, N. A; MORSCH, D. T. Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

NASCIMENTO, C, C. n. (2019). Apoio social aos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *rev. Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (agosto, 2019). en línea.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Aurora*, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 59-62, 2010.

OIBERMAN, A. La relacion Padre-Bebe: uma revision bibliográfica. *Rev. Hospital Mat. Inf. Ramon Sarda*, 1994, XIII, nº 2.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo et al. < b> A dinâmica familiar frente ao risco de morte—uma análise sistêmica do processo de hospitalização/Family dynamics face the risk of death—a systemic analysis of the hospitalization process< b. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 16, n. 3, 2017.

NUNES, Natália Paz et al. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 28, n. 3, p. 387-393, 2015.

OIBERMAM, 1994

OLIVEIRA, Caroline de Sousa et. al. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na Unidade de Terapia Intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, Kézia et. al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 46-53, 2013.

OLIVEIRA, M. R. NASCIMENTO DE FILHOS: REDE SOCIAL DE APOIO E ENVOLVIMENTO DE PAIS E AVÓS. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. 2007.

Organização Mundial da Saúde. Nascimentos prematuros, 2016 available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.

OIT, Organización Internacional del Trabajo, Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018 Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra: OIT, 2018

PARIS, Gisele Ferreira; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Fatores associados à ausência de dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em condições desfavoráveis no nascimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 4, p. 673-680, 2012.

PASCHE, D. F. et. al. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEREIRA, R. C. Dicionário de direito da família e sucessões. São Paulo: Saraiva, 2015

PEREIRA, S. B., DIAZ, C. M. G., BACKES, M. T. S., FERREIRA, C. L. D. L. & BACKES, D. S. (2018). BOAS PRATICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM*, 71, 1313-1319.

PICININI, C. A; SILVA, M.R.; GONÇALVES, T.R.; LOPES, R.C.S. Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. *Psicol. Teor. Pesqui.* (on-line). 2012 jul-set (citado 2012 dez 03); 28(3): 303-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n3/a06v28n3.pdf>

PICININI, C. A. ET. AL. O ENVOLVIMENTO PATERNO DURANTE A GESTAÇÃO. *PSICOLOGIA: REFLEXÃO E CRÍTICA*, [S.I.], V. 17, N.3, P. 303-314, 2004.

PINELLI, J. EFFECTS OF FAMILY COPING AND RESOURCES ON FAMILY ADJUSTMENT AND PARENTAL STRESS IN THE ACUTE PHASE OF THE NICU EXPERIENCE. *NEONATAL NETWORK*, 19 (6), 27-37. 2000.

PINHEIRO, E. M.; BALBINO, F. S.; BALIEIRO, M. M. F. G.; DOMENICO, E. B. L.; AVENA, M. J. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009, mar; 30(1): 77-84.

PINHEIRO, J. M. F., TINOCO, L. D. S., Rocha, A. S. D. S., Rodrigues, M. P.; Lyra, C. D. O. & Ferreira, M. A. F. (2016). Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio de Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 243-252.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. FUNDAMENTOS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. MÉTODOS, AVALIAÇÃO E UTILIZAÇÃO. 5. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2004.

POP, C.; MAYS, N. PESQUISA QUALITATIVA NA ATENÇÃO À SAÚDE. 3ª ED. SÃO PAULO: ARTMED, 2009.

PORTAL EDUCAÇÃO. Capitalismo global e o trabalho informal, 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/direito/artigos/32897/capitalismo-global-e-o-trabalho-informal>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

Prematuridade. Com. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros.

RAMOS, HAC; CUMAN, RKN. Fatores de Risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc. Anna Nery. Rev. Enferm, 2009 13(2): 297-304

RAPOPORT, A. & PICCININI, C. A. APOIO SOCIAL E A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE. REVISTA BRASILEIRA CRESCIMENTO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 16 (1), 85-96. 2006.

RAPOPORT, A. DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ: APOIO SOCIAL E INGRESSO NA CRECHE. TESE DE DOUTORADO (PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO), UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. PORTO ALEGRE, 2003.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar. 1998.

ROSO, Camila Castro et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 47-54, 2014.

Santana, JO, Borges KI, Souza DA, Pinto KRTF, Rossetto EG, Zani AV. O cuidado paterno ao filho prematuro hospitalizado: representações maternas. Rev baiana enferm. (2017);31(4):e22310.

SANTOS, Luciano, et. al. Social network and support for parentes of premature infants hospitalized in the intensive care unit neonatal. Rev. Pesquisa cuid. Fundam. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2789-2796, 2012. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.Php/cuidadofundamental/article/view/1807>.

SANTOS, N.D; MACHADO, M.E.D; CHRISTOFFEL, M.M. (Re)Conhecendo a participação masculina no Método Canguru: Uma interface com a prática assistencial de enfermagem. Ciênc. Cuid. Saúde, 2013 jul-set; 12(3): 461-468.

SCHMIDT, K. T.; SASSÁ, A. h.; VERONEZ, m.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Esc. Anna Nery. (internet) 2012; 16(1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-8145201000100010>.

SILVA, Rosane Meire Munhak et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, n. 2, 2016.

SLUZKI C. E. (2010): Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health*, v. 28, n.1, p. 1-18.

SLUZKI, C. E. (1997): *A REDE SOCIAL NA PRÁTICA SISTÊMICA*. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO.

SOARES, R. L. S. F.; CHRISTOFEL, M. M.; RODRIGUES, E. C.; MACHADO, M. E. D.; CUNHA, A. L. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade à paternidade. *Esc. Anna Nery*, 2015.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira et al. Os significados de cuidar do filho pré-termo na visão paterna. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 25, n. 4, 2016.

SOARES, Natalia Cristine; BERNARDINO, Maria Piassa Lourenço; ZANI, Adriana Valongo. Inserção do pai nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado: percepção da equipe multiprofissional. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 37, n. 3, p. 283-290, 2019.

SOUZA, Nilba Lima de et al. *Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado*. 2010.

SOUTO, C. (2018). *UMA ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO: O DIREITO DO ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO*. REFERÊNCIAS EM SAÚDE DA FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE GOIÁS – RRSFESCO, 1(1).

STERN, D. N. *A Constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SZEJER, M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*, São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999. (apub. VASSE, D. *O umbigo e a voz*, Loyola, 1977).

WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____ *Da pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

_____ *Os bebês e suas mães*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

.

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E RELACIONADO À GRAVIDEZ E NEONATO – COM A MÃE DO RN

Questionário demográfico, socioeconômico e relacionado à gravidez e neonato
Com a mãe do RN

- 1 Sexo do RN____ 2 Idade gestacional do RN_____ 3 Peso ao nascer_____
- 4 Fez pré-natal ☐Sim ☐Não 5 Onde_____ 6 Quando iniciou_____
- 7 Número de consultas____ 8 Quem encaminhou ao HC _____
- 9 Fator de risco materno na fase pré-natal_____
- 10 Tipo de gravidez _____ 11 Número desta gestação _____
- 12 Tipo de parto ☐ Normal ☐ Cesáreo
- 13 Esta gravidez foi planejada? ☐Sim ☐Não
- 14 Esta gravidez foi desejada? ☐Sim ☐Não
- 15 Idade da mãe _____
- 16 Estado civil ☐Solteira ☐Casada ☐União estável ☐Separada ☐Viúva
- 17 Tempo de relacionamento do casal____ 18 Esta é sua primeira união ☐Sim ☐Não
- 19 Quantidade de união_____
- 20 Pratica alguma religião ☐Sim ☐Não
- 21 Qual ☐Católica ☐Evangélica ☐Espírita ☐Umbandista ☐Outra
- 22 Grau de Escolaridade

☐ Analfabeto	☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Fundamental Incompleto	☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo	☐ Ensino Superior Completo
☐ Ensino Médio Incompleto	☐ Pós-graduação (Stricto e Lato sensu)
- 23 Ocupação profissional atual ☐Sim ☐Não 24 Qual_____
- 25 Jornada de trabalho semanal_____ 26 Trabalho ☐Formal ☐Informal
- 27 É contribuinte do INSS ☐Sim ☐Não
- 28 Renda pessoal: _____ 29 Renda familiar:_____
- 30 Na sua casa:
 - ☐Você é quem mais contribui no rendimento familiar.
 - ☐O que você contribui para o rendimento familiar corresponde a uma pequena parte
 - ☐As despesas são divididas igualmente.
 - ☐Não contribui para o rendimento familiar
- 31 A renda familiar é suficiente para atender todas as necessidades da família/casa:
 - ☐Sim ☐Não
- 32 Você recebe alguma ajuda financeira externa ☐Sim ☐Não
- 33 Se sim, de quem:
 - ☐Familiares ☐Programas governamentais. Qual: _____ ☐Outros
- 34 Você reside na mesma casa que o pai do RN ☐Sim ☐Não
- 35 Composição familiar (pessoas que moram na casa)

Parentesco_____	Idade_____
Parentesco_____	Idade_____
Parentesco_____	Idade_____
Parentesco_____	Idade_____

Parentesco_____ Idade_____

Parentesco_____ Idade_____

36 Sua moradia é: ☐Própria ☐Alugada ☐Cedida ☐Financiada

☐Alvenaria ☐Madeira ☐Mista

37 Você tem algum problema de saúde: ☐Sim ☐Não, Qual

38 Você Faz uso de algum medicamento contínuo: ☐Sim ☐Não

Qual_____

39 Você considera que seu tempo de repouso e sono tem sido suficiente

☐Sim ☐Não ☐Razoavelmente

40 Você está amamentando ☐Sim ☐Não 41 Deseja amamentar ☐Sim ☐Não

42 Você já segurou seu filho (a) na posição pele a pele ☐Sim ☐Não

43 Deseja segurar ☐Sim ☐Não

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E RELACIONADO À GRAVIDEZ E NEONATO – COM O PAI DO RN

Questionário demográfico, socioeconômico e relacionado à gravidez e neonato com o pai do RN

- 1 Sexo do RN____ 2 Idade gestacional RN_____ 3 Peso ao nascer_____
- 4 Esta gravidez foi planejada ☐ Sim ☐ Não
- 5 Esta gravidez foi desejada ☐ Sim ☐ Não
- 6 Idade do pai____ 7 Pratica alguma religião ☐ Sim ☐ Não
- 8 Se sim, qual: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Umbandista ☐ Outra
- 9 Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União estável ☐ Separado ☐ Viúvo
- 10 Tempo de relacionamento do casal_____ 11 Esta é sua primeira união
☐ Sim ☐ Não 12 Qual_____ 13 Você tem filhos de outra união ☐ Sim ☐ Não
- 10 Quantos: _____
- 14 Grau de Escolaridade
- | | |
|--|---|
| ☐ Analfabeto | ☐ Ensino Médio Completo |
| ☐ Ensino Fundamental Incompleto | ☐ Ensino Superior Incompleto |
| ☐ Ensino Fundamental Completo | ☐ Ensino Superior Completo |
| ☐ Ensino Médio Incompleto | ☐ Pós-graduação (Stricto e Lato Sensu) |
- 15 Ocupação profissional: ☐ Sim ☐ Não 16 Se sim, qual _____
- 17 Jornada de trabalho semanal _____ 18 Vínculo empregatício ☐ Formal ☐ Informal
- 19 Você é contribuinte do INSS ☐ Sim ☐ Não
- 20 Renda pessoal: _____ 21 Renda Familiar: _____
- 22 Na sua casa
- ☐ Você é quem mais contribui no rendimento familiar.
- ☐ O que você contribui para o rendimento familiar corresponde a uma pequena parte
- ☐ As despesas são divididas igualmente.
- ☐ Você não contribui para o rendimento familiar
- 23 A renda familiar é suficiente para atender todas as necessidades da família
☐ Sim ☐ Não
- 24 Você reside na mesma casa que a mãe do RN ☐ Sim ☐ Não
- 25 Sua moradia é: ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Financiada
☐ Alvenaria ☐ Madeira ☐ Mista
- 26 Você assistiu o parto: ☐ Sim ☐ Não
- 27 Você visitou seu (a) filho (a) imediatamente após o parto: ☐ Sim ☐ Não
- 28 Você já segurou seu filho (a) na posição pele a pele: ☐ Sim ☐ Não
- 29 Deseja segurar: ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A MÃE DO RN

Entrevista semiestruturada com a mãe de recém-nascido prematuro internado na
UTIN

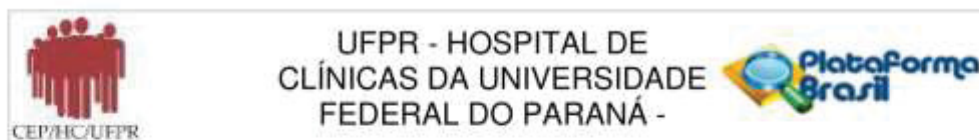
1. Há quantos dias seu filho (a) está internado (a) na UTIN
2. O que significa para você ter um filho prematuro
3. O que você espera com relação ao desenvolvimento do seu (a) filho (a)
4. Quem compõe sua rede de apoio – com quem você pode contar neste momento
5. Que tipo de apoio você tem recebido (informação, material, emocional, financeiro, espiritual, outro)
6. Como é o relacionamento afetivo com o pai do (a) seu filho (a) e qual o lugar que ele ocupa em sua rede de apoio
7. Você gostaria de receber algum outro apoio por parte do pai do seu (a) filho (a)

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O PAI DO RN

Entrevista semiestruturada com o pai de recém-nascido prematuro internado na UTIN

1. Há quantos dias seu filho (a) está internado (a) na UTIN
2. O que significa para você ter um filho (a) prematuro (a)
3. O que você espera com relação ao desenvolvimento de seu (a) filho (a)
4. Quem compõe sua rede de apoio – com quem você pode contar neste momento
5. Que tipo de apoio você tem recebido (informação, material, emocional, financeiro, espiritual, outro)
6. Como é o relacionamento afetivo com a mãe do (a) seu filho (a)
7. Como você compreende seu papel de pai no contexto da prematuridade
8. Você considera que pode fazer mais alguma coisa para apoiar a mãe do seu (a) filho (a)

ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SD-UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FISIOTERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Pesquisador: Arlete Ana Motter

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 58865616.7.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Envio Relatório Parcial relativo ao primeiro semestre de 2018 para análise e

Data do Envio: 18/10/2018

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.985.606

Apresentação da Notificação:

Equipe de pesquisa informa que foram coletados os dados de 38 crianças, sendo que oito foram excluídas devido a encaminhamento para outros ambulatórios do Hospital de Clínicas ou devido a complicações neurológicas, fato que justificou a alteração no período de coleta de dados.

Objetivo da Notificação:

Notificação parcial do projeto de pesquisa e inclusão de novo participante, a pesquisadora Palmira Donda Soares que irá avaliar a participação paterna na saúde materno infantil de prematuros da UTI Neonatal do CHC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Pesquisadora informa que está em processo de submissão de um artigo sobre a correlação entre

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

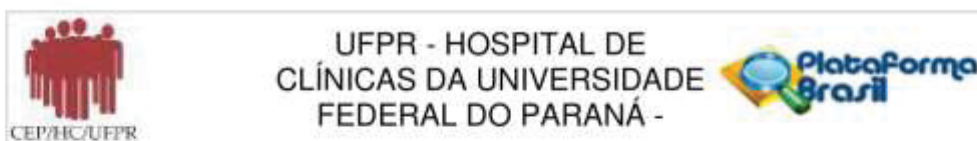
Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.985.606

as intercorrências neonatais e o desenvolvimento infantil, e um trabalho para apresentação na XIII Jornada Acadêmica de Fisioterapia. Encontra-se em correções um artigo sobre a prevalência de atelectasia em prematuros da UTI neonatal do CHC. Foram incluídos no estudo exames radiológicos de tórax de RNPT com idade gestacional de até 36 semanas + 6 dias, internados na UTIN que apresentassem alterações na imagem radiológica de tórax, e que os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Readequou o cronograma:

2018.1- Coletas de dados e escrita de artigo científico; 2018.2- Coletas de dados, tabulação de dados e envio de resumos para congresso; 2019.1- Tabulação de dados e análise estatística dos resultados; 2019.2 - Apresentação de TCC e Envio do relatório final ao CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado formulário específico para a notificação do relatório parcial e a Declaração de participação da nova pesquisadora.

Recomendações:

Envio dos relatórios semestrais acerca do andamento do projeto de pesquisa, bem como de qualquer alteração.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

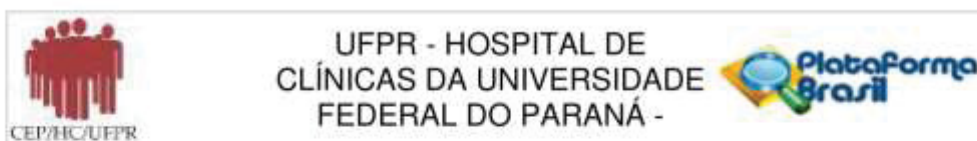
Notificação aceita.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Notificação. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.985.606

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_Parcial_2018_02.docx	18/10/2018 08:18:47	Arlete Ana Motter	Postado
Envio de Relatório Parcial	DeclaracaoPesquisadorPalmiraDonda.pdf	18/10/2018 08:19:04	Arlete Ana Motter	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Outubro de 2018

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Nós, Arlete Ana Motter, Talita Gianello Gnoato Zotz, Vera Lúcia Israel, Marimar G. Andreazza Madeira, Valéria Cabral Neves, Larissa Rebola Volpi da Silva, Luíze Bueno de Araujo, **Palmira Donda Soares** e

_____, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando seu filho (a) e você a participar de um estudo intitulado “**FISIOTERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DE ALTA COMPLEXIDADE**”. É por meio das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na Fisioterapia, e sua participação é de fundamental.

2. O objetivo desta pesquisa é delinear a atuação do fisioterapeuta em pacientes pediátricos de alta complexidade (saber qual é a importância do fisioterapeuta em pacientes pediátricos de alta complexidade em diferentes momentos).

3. Caso você aceite que seu filho(a) participe da pesquisa seu filho passará por uma avaliação fisioterapêutica a fim de realizar o mapeamento do desenvolvimento motor e respiratório e caso seja necessário será realizado um atendimento fisioterapêutico.

4. É possível que seu filho(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado as mobilizações e posturas que o tratamento fisioterapêutico exige.

5. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: seu filho(a) apresentar algum desconforto em relação ao tratamento fisioterapêutico.

6. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1. Identificação precoce de distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor e do sistema respiratório; 2. Minimizar os distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor e do sistema respiratório; 3. Aquisição de habilidades motoras. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

7. A pesquisadora, Dra Arlete Ana Motter, Docente do Curso de Fisioterapia da UFPR, formas de contato: de segunda a sexta, em horário comercial, responsável

por este estudo poderá ser contatada (UFPR- Setor de Ciências Biológicas – *Campus* Politécnico - Av. Cel. Francisco H. dos Santos S/N | Jd. das Américas, segunda a sexta das 8h-12h, arlete.motter@uol.com.br, 3361-1699) para esclarecer eventuais dúvidas que (o Sr., a Sra.) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

8. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

9. A participação do seu filho(a) neste estudo é voluntária e se você não quiser mais que ele (a) faça parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

10. As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, fisioterapeuta responsável pelo ambulatório ou unidade, residente, estudante de iniciação Científica). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a
identidade do seu filho (a) seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

11. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são de sua responsabilidade e pela participação do seu filho (a) no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: desconforto quanto ao tratamento fisioterapêutico decorrentes do estudo serão tratados no próprio Hospital.

13. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá nome do seu filho (a), e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que meu filho (a) participe. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper a participação do meu filho (a) a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o tratamento do meu filho (a). Eu fui informado que meu filho (a) será atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema dos relacionados no item 11.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal, local e data)

(Somente para o responsável do projeto). Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Local e data

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador

ANEXO 3 – CERTIFICAÇÃO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA



FONTE: A Autora (2020)

ANEXO 4 – CERTIFICAÇÃO HOSPITAL REFERÊNCIA ESTADUAL MÉTODO
CANGURU



FONTE: A Autora (2020)

ANEXO 5 – MANUSCRITO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO - IN REVISTA BRASILEIRA DE PROMOÇÃO EM SAÚDE

Perfil Sociodemográfico dos Pais de Recém-nascidos Prematuros Internados em um Hospital Público

Sociodemographic profile of parentes of premature newborns admittted to a public hospital

Prematuridade e Parentalidade

Prematurity and Parenting

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico dos pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público.

Métodos: Estudo descritivo, de caráter exploratório e de natureza qualitativa. Realizado de março a agosto de 2019, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas, contendo dados demográficos, socioeconômicos e relacionados ao neonato e processo gravídico, que foram analisados utilizando-se o programa Epi Info, versão: 7.2.2.6.

Resultados e Discussão: Participaram 31 mães e 19 pais de recém-nascidos pré-termo, internados em UTIN. Com este estudo foi possível conhecer algumas variáveis que se relacionam com a prematuridade, tais como: idade materna, doenças gestacionais, rotina de pré-natal, planejamento familiar, prevalência de faixa etária e de peso ao nascimento, entre outros. Também foram reveladas características demográficas e sociais maternas e paternas, e questões que dizem respeito a expectativa, desenvolvimento e participação dos mesmos no exercício da parentalidade. **Conclusão:** Para enfrentar as dificuldades decorrentes da prematuridade e hospitalização do RN, é importante que diversos setores da sociedade conheçam suas causas e determinações, para poder elaborar estratégias

que atenuem suas consequências tanto no âmbito familiar quanto na sociedade em geral.

Palavras-chave: Prematuridade, Parentalidade, saúde materno infantil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic profile of parents and their premature newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital.

Methods: Descriptive study, exploratory and qualitative in nature. Held from March to August 2019, at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at the Maternity Hospital Complex in the Hospital of Clinics, Federal University of Paraná. Data were collected through a questionnaire with closed and open questions, containing demographic, socioeconomic and neonate and pregnancy-related data, which were analyzed using the Epi Info program, version: 7.2.2.6. **Results and Discussion:** 31 mothers and 19 fathers of preterm newborns admitted to the NICU participated. With this study it was possible to know some variables that are related to prematurity, such as: maternal age, gestational diseases, prenatal routine, family planning, prevalence of age and birth weight, among others. Demographic and social characteristics of mothers and fathers were also revealed, as well as issues regarding their expectations, development and participation in the exercise of parenting. **Conclusion:** In order to face the difficulties resulting from prematurity and hospitalization of the NB, it is important that different sectors of society know their causes and determinations, in order to develop strategies that mitigate their consequences both in the family and in society in general.

Keywords: Prematurity, Parenting, maternal and child health.

INTRODUÇÃO

O recém-nascido (RN), é considerado prematuro quando o parto ocorre com menos de 37 semanas de gestação e, constitui um importante problema de saúde pública,

devido ao alto percentual de morbimortalidade, além de graves consequências psicológicas e sociais. Mundialmente nascem 15 milhões de bebês todo ano, sendo a taxa de prematuridade entre os RNs vivos de 10% ^(1,2). A taxa de prematuridade brasileira em 2016 foi de 11,5%, e ocupou o 10º lugar no ranking mundial. Sendo que 74% destes prematuros são tardios de 34 a 36 semanas gestacionais ⁽³⁾. No estado do Paraná, em 2018, a taxa de nascimentos prematuros foi de 5,7 % do total de prematuros do país ⁽⁴⁾.

A prematuridade decorre de circunstâncias diversas e, em certa medida, imprevisíveis^(5,6). Contudo, fatores como idade materna, gemelaridade, primiparidade, número reduzido de consultas de pré-natal e baixa escolaridade, mostram relação com o parto prematuro ^(7,8,9,6). Pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais. Acarretando às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Além de alterar as expectativas e anseios familiares que permeiam a perinatalidade ^(7,10).

Há evidência de que as condições socioculturais, educacionais, e econômicas determinam as condições do nascer, desenvolver, adoecer e morrer ^(11,12). Esses fatores indicam 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 desse agravo ⁽⁵⁾.

Com o nascimento prematuro e consequente permanência do filho na UTIN, os pais independentemente de suas particularidades, necessitam de uma rede de apoio para sustentar o desempenho de novos papéis sociais e competências para acolher e cuidar do filho ⁽¹³⁾. Neste contexto, a família geralmente é mencionada como fonte primordial de apoio ⁽¹⁴⁾, mas não somente, os pais também encontram suporte na

equipe multiprofissional da UTIN, quando são acolhidos, orientados e encorajados a realizar progressivamente contato e cuidados ao filho RN ^(13,15). A espiritualidade e fé, também são mencionadas pelos pais, como grande aliada no enfrentamento da hospitalização do filho ^(13,16).

Tratando-se especialmente da mãe do RN, que após sua alta hospitalar, passa a acompanhar e permanecer junto ao filho que continua internado na UTIN, o apoio do pai na base da rede social da mãe torna-se de fundamental importância, uma vez que ele representa seu aliado no projeto de conceber e criar um filho ^(17,3). A partir da presença, aceitação, ou prazer de compartilhar os momentos íntimos com o filho, o pai do RN pode contribuir decisivamente para o bem-estar de sua companheira, e esta, alcançar melhores resultados na amamentação e no desenvolvimento de sua função maternal ^(2,18).

As questões que envolve o nascimento pré-termo, vem 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 o fortalecimento da confiança, do apego e do vínculo afetivo, entre os RNs prematuros e seus pais ⁽²⁾. Para tanto, conhecer as condições e o modo de vida das famílias de RNs prematuros justifica esta pesquisa, tendo em vista que o conhecimento pode respaldar medidas que favoreça o desempenho da parentalidade, o desenvolvimento e a promoção da saúde materno infantil.

Este estudo apresenta relevância, no âmbito da saúde pública, posto que, pode orientar decisões e elaboração de políticas específicas voltadas para cada segmento da sociedade. Neste caso em particular: a prematuridade, e seus desfechos.

MÉTODOS

O estudo teve inserção no enfoque exploratório, descritivo, de natureza qualitativa ⁽¹⁹⁾. Este estudo 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. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2019. Participaram 31 mães e 19 pais, ambos maiores de 18 anos, de Recém-nascidos ≤ 37 semanas e/ou $\leq$ de 2.500g que se encontravam internados na UTIN há mais de uma semana. Excluiu-se as mães e pais de RNs 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 pais desta pesquisa. Todos os convidados aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando início a coleta de dados.

Embora a pesquisa qualitativa não determine o número de participantes, e sim a conveniência pela saturação de dados ⁽²⁰⁾, buscou-se abranger o máximo de participantes elegíveis, mesmo, que o número de participantes não tenha sido predeterminado.

Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas ⁽²⁰⁾, constituído por dados demográficos, socioeconômicos e relacionado ao neonato e processo gravídico. O mesmo foi composto por 41 questões para a mãe e 29 questões para o pai, estas, foram lidas e anotadas pela pesquisadora.

A análise das evidências desta pesquisa 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, utilizando o programa Epi Info, versão: 7.2.2.6.

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. Não há conflitos de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa, 31 mães, 19 pais e 41 RNs, posto que haviam gemelares e trigemelares.

As tabelas 1, 2 e 3 demonstram os números e percentuais de cada variável referente à mãe e o pai. Em seguida, foram discutidos e comparados com resultados obtidos em outras pesquisas.

TABELA 1 - PERFIL DEMOGRÁFICO DA MÃE E DO PAI

VARIÁVEIS	N MÃE	% MÃE	N PAI	% PAI
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%
UNIAO 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 FUND INCOMPLETO	3	9,68%	3	15,79%
ENS FUND COMPLETO	3	9,68%	1	5,26%
ENS MED INCOMPLETO	4	12,90%	3	15,79%
ENS MED COMPLETO	12	38,71%	10	52,63%
ENS SUP INCOMPLETO	8	25,81%	-	-
ENS SUP COMPLETO	1	3,23%	2	10,53%

Dentre as mães, 42% tinham entre 18 e 25 anos, sendo que as de 26 a 35 anos, respondeu por 39%, e as que possuíam idade acima de 36 anos foram equivalentes, a 19%. De acordo com pesquisa ⁽²¹⁾, 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 tem 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 mulheres ⁽²²⁾.

No tocante a espiritualidade, 67% das mães declarou 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 as suas vivências e crenças e pode ser um aspecto promotor da saúde, quando relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida ^(13,16). A espiritualidade e fé, independente da crença religiosa, comumente é citada como fonte de apoio pelas famílias dos bebês internados na UTIN.

Quanto a escolaridade das mães, 38% haviam concluído o Ensino Médio, 29% iniciaram o Ensino Superior, sendo que destas, somente uma havia concluído e oito estavam ou cursando ou havia desistido, outras 10% possuíam somente o Ensino Fundamental e 10% possuíam 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 ⁽⁷⁾. A baixa escolaridade também pode estar associada ao baixo padrão socioeconômico.

Quanto ao perfil dos pais, a maioria, (62%) tinham idade entre 26 a 35 anos, três pais estavam na faixa etária de 18 a 25 anos, e outros quatro tinham mais de 36 anos. O percentual de pais dentro de cada faixa etária, foi proporcionalmente equivalente as idades das mães desta pesquisa.

Sobre o estado civil do pai, somente duas categorias foram identificadas: casado e união consensual, sendo a segunda em maior número (12), os outros sete eram casados. Ressaltando que diferentemente das mães, nenhum pai solteiro ou compondo família monoparental foi identificado. Este fato confirma dado censitário brasileiro que demonstra ser a monoparentalidade feminina superior em termos percentuais com relação a monoparentalidade masculina na proporção de 87% para 13% nesta modalidade de família ⁽²²⁾.

Referente à prática da religiosidade, a resposta dos pais foi análoga a das mães, 73% disseram que praticavam 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. 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 hospitalar ^(13,16).

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 tinham Ensino Superior Incompleto, enquanto oito mães relataram ter iniciado, mas por diversas razões, algumas 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 ⁽²⁹⁾, 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.

TABELA 2 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DA MÃE E DO PAI

VARIÁVEIS	N MÃE	% MÃE	N PAI	% PAI
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 COMPANHEIRO/A				
SIM	24	80%	19	100%
NÃO	7	20%	-	-

A atividade laboral remunerada era exercida por 16 mães, e dentre estas, nove tinham vínculo informal de trabalho. Sendo que 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 tem 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 delas 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, essa 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 social ⁽²³⁾.

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% destas mães não ultrapassava R\$ 1.255,00. Sendo que 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 ⁽²³⁾. E o quadro brasileiro não dissona 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 à 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 à 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, foram dois nesta faixa salarial.

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 a falta de oportunidade e, portanto, acaba tendo de 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 ⁽²⁴⁾.

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, além do casal e os filhos e enteados, também, os pais de um ou de outro e avó. Quatro mães moravam com seus pais e uma morava sozinha, constituindo esta, uma família monoparental ⁽²²⁾, a partir do nascimento da filha.

Exceto, um pai, todos os demais, estavam trabalhando no período da coleta de dados, sendo que metade tinha vínculo empregatício formal e os demais exercia atividade laboral sem vínculo formal, em diversas atividades profissionais, dentre elas: agricultor, garçom, vigilante, motorista, pedreiro, técnico de informática, e micro empreendedor, exercendo esta última atividade 22% do total da amostra. Com

relação à contribuição para o INSS, somente 63% respondeu afirmativamente.

Estes índices condizem com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD Contínua do IBGE) entre os anos 2012 a 2018 em que a quantidade de pessoas trabalhando informalmente, sem carteira de trabalho assinada ou por conta própria, no qual não há obrigatoriedade de contribuição, já é maior do que o número de registros formais de trabalho ⁽³⁰⁾. Sendo que 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 própria ⁽³⁰⁾.

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 outros ⁽³⁰⁾.

Dentre os 19 pais entrevistados, 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 ao encontrado 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. Na maior parte destas famílias somente o homem detinha renda financeira. Na faixa entre R\$ 2.329,00 e 4.164,00 estavam 42% das famílias, sendo que uma família vivia com menos de R\$ 1.255,00 e uma com mais de R\$ 4.164,00 mensais.

Neste estudo, 42% dos pais disseram que eles eram os que mais contribuíam pelo rendimento financeiro da família, e outros 37% disseram que dividiam igualmente as despesas da casa com sua companheira, os demais contribuíam com uma pequena

parte. Ao serem questionados se a renda familiar era suficiente para atender todas as necessidades da casa, a maioria dos pais (68%), respondeu afirmativamente.

Os dezenove pais desta pesquisa residiam na mesma casa que a mãe do RN.

TABELA 3 - VARIÁVEIS RELACIONADA AO NEONATO E PROCESSO GRAVÍDICO

VARIÁVEIS	N MÃE	% MÃE	N PAI	% PAI
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 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%
NÃO	-	-	2	10,53%
IDADE GESTACIONAL				
≤ 28 SEMANAS	11	26,83%	-	-
29 A 31 SEMANAS	14	34,15%	-	-
≥ 32 SEMANAS	16	39,02%	-	-
PESO AO NASCER				
0,500 A 1.000G	7	17,07%	-	-
1.001 A 1.500G	19	46,23%	-	-
1.501 A ≥ 2.000G	15	36,59%	-	-

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, a amamentação e 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 ⁽²⁵⁾, 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. Levando com isto 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, incapacidade destes, seja pela extrema imaturidade e/ou outras necessidades biológicas, porém 30 mães relataram que desejavam amamentá-lo 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 retirá-lo da incubadora. 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 ⁽²⁶⁾.

Quase 75% das mães estavam em sua primeira ou segunda gestação; 25% tiveram gestação múltipla (gêmeos), fatores estes que também são apontados em estudos anteriores como indicador de risco para prematuridade ^(6,7,9).

O parto cesariano foi predominante, com 77% dos casos. O que pode ser atribuído à elevada prevalência de gestações de alto risco atendidas neste Serviço, tanto devido a situação mórbida da mãe quanto por intercorrência fetal. A cesariana é uma das

três modalidades de parto mais usual em todo o continente, porém podem influenciar no aumento da mortalidade materna e neonatal, razão pela qual a OMS orienta que a prevalência de cesariana não ultrapasse 15% de todos os partos. No entanto, em 2014 esse percentual foi de 40,5% na América Latina e Caribe ⁽²⁷⁾. A taxa brasileira em 2016 foi de 55,5%, e é realizada principalmente em hospitais privados sem leitos voltados ao SUS, sendo a maior parte mulheres brancas, mais escolarizadas e casadas, sugerindo a incidência de fatores não médicos sobre a probabilidade de cesárea eletiva agendada ⁽²⁷⁾.

Os RNs com IG ($\geq$ de 32 semanas), prevaleceu, respondendo por 39%. Seguido da segunda subcategoria (28 à $\leq$ 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 RNs 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 a especificidade do serviço no atendimento ao pré-natal de alto risco.

A idade gestacional dos RNs desta pesquisa acompanhou a incidência percentual por subcategoria de prematuridade dos RNs do Brasil, onde a maior parte dos prematuros se encontram na faixa de prematuridade moderada a tardia (32 à $\leq$ 37 semanas de IG) ^(3,4,28).

Dentre os 41 RNs, 19 pesaram entre 1.000g a 1.500g ao nascer. Outros 15 RNs, nasceram com peso entre 1.501g à 2.000g. Porém, nesta amostra sete RNs 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 ^(1,2,28).

Apenas uma mãe não realizou 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 13ª 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 ^(9,28).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 50% realizou de oito 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 sete 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 ^(9,28).

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%), hipotireoidismo (8%), infecção do aparelho urinário (3%), além de uso de medicamento controlado por parte de 25% das mães, entre outras doenças. As mesmas características maternas e obstétricas que tornam a gestante mais propensa ao parto cesáreo. Achados estes, 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 psíquica ⁽¹⁷⁾, existem muitas mudanças no comportamento do homem frente à notícia da vinda de um filho, capaz de despertar nestes, 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.

Onze pais deste estudo assistiram o parto, e dentre os oito que não puderam assistir, quatro disseram que lamentaram o fato do parto prematuro ter ocorrido de forma repentina, sem que houvesse tempo do mesmo comparecer para acompanhar conforme havia planejado anteriormente.

A primeira visita ao RN na UTIN foi realizada imediatamente após o parto por 17 pais, mesmo aqueles que não puderam estar presente durante o procedimento compareceram logo após para a primeira visita ao filho. Geralmente o pai, é o primeiro membro da família a comparecer na UTIN após a admissão do RN. Portanto, é ele quem recebe as primeiras informações entre outras orientações acerca do estado de saúde e acompanhamento do filho na Unidade. Dessa forma, ele se torna o arauto das notícias sobre o filho a ser transmitida primeiramente à mãe que permanece no centro obstétrico após o parto; bem como aos demais familiares ^(2,17).

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 havia 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, esse é considerado um momento primordial na formação de laços afetivos duradouros entre pai e filho ^(2,17,18).

CONCLUSÃO

Embora a prematuridade possa ocorrer em grande parte de forma imprevisível e em qualquer gestação, há uma série de fatores, tanto sociais e econômicos quanto relacionados à saúde da mulher e do próprio neonato que concorrem para o evento. 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 à problemas de doenças gestacionais. Quase todas as mães realizaram consultas de pré-natal; desde o início da gestação e tiveram mais de oito consultas, devido perfil de alto risco gestacional.

A idade gestacional situou-se nas três categorias de prematuridade, assim como, o peso, prevalecendo os RNs da faixa entre 1.000g e 1.500g.

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. Os pais procuraram estar presente durante o parto e o internamento do filho, contribuindo assim com o bem estar e desenvolvimento da tríade. O nascimento antecipado do filho, e a conseqüente permanência na UTIN, altera as expectativas e anseios que foram projetados pelos pais durante a gestação. Nesse enfrentamento, 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. 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 Organização Mundial da Saúde. Nascimentos prematuros, 2016 available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- 2 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
- 3 FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ: Pesquisa Nascer no Brasil, publicada em dez/2016.
- 4 DATASUS, 2018
- 5 Carvalho, SS, Coelho, JMF. Perfil epidemiológico de puérperas de recém-nascidos com baixo peso e prematuros. *Saúde em Revista*, v. 17, n. 45, p. 39-47, 2017
- 6 de Souza, DML, da Silva Maia, LC, Zêgo, ZDF, Jaeger, GP & Maciel, WS. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul/Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(5), p. 4052-4070, 2019
- 7 Ramos, HÂDC & Cuman, RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery*, 13(2), p. 297-304, 2009
- 8 Oliveira, CDS, 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
- 9 do Nascimento, IB, Pacheco, VC, de Souza, MLR, Pinheiro, EB, Ribeiro, T, Fleig, R, et. al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(2), p.187-194, 2017
- 10 Chermont, AG, da Silva, EFA, Vieira, CC, de Souza Filho, LEC, de Souza Matsumura, ES, da Costa Cunha, K. Fatores de risco associados à prematuridade e

baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (39), p. e 2110-e 2110, 2020

11 Brito, MLS, Mariano, DB, dos Santos Oliveira, R, Oliveira, TP, de Oliveira Castro, AF, Júnior, ARGB, et. al. Estudo epidemiológico da mortalidade pós-neonatal associada a causas evitáveis em palmas, tocantins e brasil. *desafios-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 6(3), p. 66-76, 2019

12 França, E, & Lansky, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *Anais*, p. 1-29, 2016

13 Oliveira, KD, Veronez, M, Higarashi, IH, & Corrêa, DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), p. 46-53, 2013

14 Hayakawa, LY, Marcon, SS, Higarashi, IH, & Waidman, MAP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(3), p. 440-445, 2010

15 Almeida, LIV, Ramos, SB, & Figueiredo, GLA. Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuras. *Aletheia*, 52(1), 2019

16 Dias, FA, Pereira, ER, & Silva, RMCRA. Espiritualidade e saúde: uma reflexão crítica sobre a vida simbólica Spirituality and health: a critical thinking about the symbolical life Espiritualidad y salud: una reflexión crítica sobre la vida simbólica. *Research, Society and Development*, 9(5), e52953113, 2020

17 Brazelton, TB, & Cramer, BG. As primeiras relações, São Paulo: Martins Fontes, 1922

18 Barcellos, AA, & Zani, AV. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. *Journal of Health & Biological Sciences*, 5(3), p. 277-285, 2017

19 de Souza Minayo, MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Qualitative Research Journal*, 5(7), p. 1-12, 2017

20 Bardin, L. Análise de Conteúdo. 3 reimp. da 1. ed. São Paulo: Edições, 70, 2016

21 Almeida, BBPD & Morales, JDC. Idade Materna e Resultados Perinatais na Gestação de Alto Risco, 2019

22 dos Santos Santos, A, Monte, JB, dos Santos Tork, KC, Miranda, LC & de Moraes, RCS. Graduação e maternidade: os desafios das discentes mães no curso de serviço social. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. (Vol. 16, No. 1), november, 2019

23 OIT, Organización Internacional del Trabajo. Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018 Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra: OIT, 2018

- 24 Saffioti Heleieth, BI. Emprego doméstico e capitalismo. *Rio de Janeiro, Ave nir editora*, 1979
- 25 Ottoni, CR. Estudo exploratório sobre a representação psíquica da maternidade e sua relação com o alto índice de ocorrência de gravidez na população de baixa renda. *Revista interdisciplinar ciências médicas*, 2(1), p. 38-45, 2018
- 26 Nunes, NP, Pessoa, ÚML, Mont'Alverne, DGB, de Sá, FE, & Carvalho, EM. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(3), p.387-393, 2015
- 27 de Magalhães, MM, de Melo, CPG, Menezes Filho, N, & Komatsu, BK. Os Determinantes da Realização de Cesárias no Brasil, 2019
- 28 de Souza, DML, da Silva Maia, LC, Zêgo, ZDF, Jaeger, GP & Maciel, WS. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul/Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(5), p. 4052-4070, 2019
- 29 Vieira, AC, de Souza, PBM & da Paixão Rocha, DS. Vivências da maternidade durante a graduação: uma revisão sistemática. *Revista Cocar*, 13(25), p. 532-552, 2019
- 30 Camilo, JD. Mercado de trabalho na grande Aracaju: o peso da informalidade, 2018



Revista Brasileira em
**Promoção
da Saúde**

[CAPA](#)
[SOBRE](#)
[PÁGINA DO USUÁRIO](#)
[PESQUISA](#)
[ATUAL](#)
[ANTERIORES](#)
[NOTÍCIAS](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

SUBMISSÕES ATIVAS

ATIVO

ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
11545	28-08	ART ORIG	Soares, Zotz, Motter	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

INICIAR NOVA SUBMISSÃO

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão