

Ariadine Kelly Pereira Rodrigues Francisco

**Orientadora:**

Doutora Elisabete Cristina Macedo Alves  
Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

**Coorientadora:**

Doutora Ana Lúcia Nunes Henriques  
Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

**Atitudes em relação à parentalidade de crianças muito pré-termo**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Porto 2019

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito da Unidade de Investigação em Epidemiologia - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (EPIUnit) (POCI-01-0145-FEDER-006862; Ref. UID/DTP/04750/2013), e através da atribuição de uma bolsa de pós-doutoramento (SFRH/BPD/103562/2014) cofinanciada pela FCT e pelo Programa Operacional Capital Humano” (POCH/FSE).



## **AGRADECIMENTOS**

À professora doutora Elisabete Alves, que apesar do momento da vida em que passava aceitou me orientar mesmo à distância. Obrigada pela compreensão, dedicação, apoio, paciência e principalmente por todo conhecimento transmitido.

À Professora Doutora Ana Henriques, pelos conselhos, sugestões e todo o aprendizado.

Às mães e pais que contribuíram ao participar deste estudo.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu realizasse meus sonhos e sempre me apoiaram em todas as minhas decisões.

Ao meu marido, com o qual embarquei nessa experiência para o exterior que muito acrescentou em nossas vidas. Obrigada pelo companheirismo e confiança.

Às minhas irmãs que sempre acreditaram em mim e são as melhores amigas que eu poderia ter.

Agradeço as amizades que fiz em Portugal, as quais levarei para o resto da vida.

À essa terra tão linda e aos portugueses que me acolheram por 2 anos, dos quais jamais me esquecerei.

## ÍNDICE

### Sumário

RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO .....	12
1. PARTO PREMATURO: DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS .....	12
2. PARENTALIDADE: QUESTÕES PSICOSSOCIAIS DA PREMATURIDADE .....	15
OBJETIVOS .....	19
RESULTADOS .....	22
DISCUSSÃO .....	28
CONCLUSÃO .....	31
REFERÊNCIAS .....	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Número de mortes (milhares) entre crianças com menos de 5 anos por causa, 2017.....	12
<b>Figura 2-</b> Nados-vivos prematuros, Portugal, 2012-2017.....	13
<b>Figura 3-</b> Razões para não pretender ter mais filhos (%).....	25

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Características dos participantes (n=247).....	22
<b>Tabela 2-</b> Características sociodemográficas, obstétricas e da descendência associadas à intenção real de ter mais filhos, considerando os participantes que referem que num mundo ideal gostariam de ter mais filhos (n=175).....	24
<b>Tabela 3-</b> Razões para não pretender ter mais filhos, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência.....	26

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - UCIN

Organização Mundial da Saúde - OMS

*Odds ratios* - OR

Intervalo de confiança a 95% - IC95%

## RESUMO

A ocorrência de um parto muito prematuro, antes das 32 semanas de gestação, constitui um evento de vida adverso com impacto, a curto e a longo prazo, na saúde e bem-estar da família. No contexto atual, importa perceber de que forma este evento de vida influencia o processo de construção da parentalidade, especialmente entre mães e pais de crianças muito pré-termo que vivenciam este evento de vida de forma mais aguda. O presente estudo tem como objetivo descrever as atitudes em relação à parentalidade em mães e pais de crianças muito pré-termo, nomeadamente quanto ao número de filhos ideal e real, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência.

Entre 1 de maio e 31 de julho de 2017, mães e pais de crianças muito pré-termo, nascidas antes das 32 semanas de gestação, foram convidados a responder a um questionário *online* através da XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, a associação com maior número de sócios existente em Portugal. Aceitaram participar 266 pais (244 mães e 22 pais), tendo sido incluídos 247 no presente estudo. Foi recolhida informação sobre as características demográficas e socioeconómicas, a saúde reprodutiva, a saúde do filho muito pré-termo e as atitudes em relação à parentalidade através de um questionário estruturado. As características da amostra e a descrição das principais razões para não pretenderem ter mais filhos foram apresentadas como percentagens. Foram estimados *odds ratios* (OR) brutos e os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) através de regressão logística, para avaliar os fatores associados à intenção real de ter mais filhos, entre os participantes que referem que num mundo ideal teriam mais filhos.

Após a ocorrência de um parto muito pré-termo, cerca de um quinto dos participantes teve pelo menos mais um filho e 65,4% dessas gravidezes foram planeadas. Uma elevada proporção (70,9%) de mães e pais referiram o desejo de ter mais filhos, ainda que apenas cerca de um terço pretenda realmente ter pelo menos mais um filho. Mães e pais com idade igual ou superior a 40 anos (OR = 0,09; IC 95% 0,03-0,31), cujo parto muito pré-termo ocorreu há 5 ou mais anos (OR = 0,15; IC 95% 0,05-0,40) e com mais de um filho (OR = 0,35; IC 95% 0,18-0,70) revelaram uma intenção significativamente menor de ter mais filhos num contexto real. Quanto aos motivos para não pretenderem ter mais filhos, mães e pais de crianças muito pré-termo referem o facto de já possuírem o número de filhos que desejam (40,6%), a indisponibilidade financeira (23,8%), sentirem que já não têm idade para ter mais filhos (19,4%), a indisponibilidade de tempo (8,1%), sentir que ter mais filhos não é para si (5,6%) e a perceção de que ter filhos complica a vida a dois (2,5%).



Em conclusão, os resultados descritos salientam a necessidade de disponibilizar serviços e estratégias de suporte conjugal e familiar adequado às necessidades específicas de cada família. Este estudo apresenta dados inovadores que contribuem para a compreensão do impacto da prematuridade nas atitudes em relação à parentalidade, ressaltando que os serviços de saúde devem considerar a influência dos pais e do sistema familiar na vivência da prematuridade.

## ABSTRACT

The occurrence of a very premature birth, before 32 weeks of gestation, constitutes an adverse life event with short- and long-term impact on family health and well-being. In the current context, it is important to understand how this life event influences the construction of parenting, especially among mothers and fathers of very preterm infants, who experience this life event acutely. The present study aims to describe the attitudes towards parenting in mothers and fathers of very preterm infants, namely regarding the ideal and real number of children, according to the sociodemographic, obstetric and the offspring characteristics.

Between 1<sup>st</sup> May and 31<sup>st</sup> July 2017, mothers and fathers of very preterm children, born before the 32 weeks of gestation, were invited to answer an online questionnaire through the XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, the association with the higher number of associates in Portugal. A total of 266 parents (244 mothers and 22 fathers) accepted to participate, and 247 were included in the present study. Data on demographic and socioeconomic characteristics, reproductive history, health of the very preterm offspring and attitudes towards parenting were collected through a structured questionnaire. Sample characteristics and description of the main reasons for not intend to have more children were presented as percentages. Crude odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (95% CI) were estimated through logistic regression to assess factors associated with the actual intention to have more children among the participants who reported that in an ideal world they would have more children.

After a very preterm birth, about one fifth of the participants had at least one more child and 65.4% of these pregnancies were planned. A high proportion (70.9%) of mothers and fathers reported the desire to have more children, although only about one third will actually intend to have at least one more child. Mothers and fathers with 40 years or older (OR = 0.09; 95% CI 0.03-0.31), whose very preterm birth occurred at 5 or more years (OR = 0.15; CI 95% 0.05-0.40) and with more than one child (OR = 0.35; 95% CI 0.18-0.70) revealed a significantly lower intention to have more children in a real context. Regarding the reasons for not wanting to have more children, mothers and fathers of very preterm infants refer to the fact that they already have the number of children they want (40.6%), financial unavailability (23.8%), feeling that they have passed the age to have more children (19.4%), unavailability of time (8.1%), feeling that having more children is not for them (5.6%) and the perception that having children complicates the couple's life (2.5%).

In conclusion, the results described emphasize the need to provide marital and family support services and strategies that are appropriate to the specific needs of each family. This study presents innovative data that contribute to the understanding of the impact of prematurity on attitudes towards parenting, highlighting that health services should consider the influence of parents and the family system on the experience of prematurity.

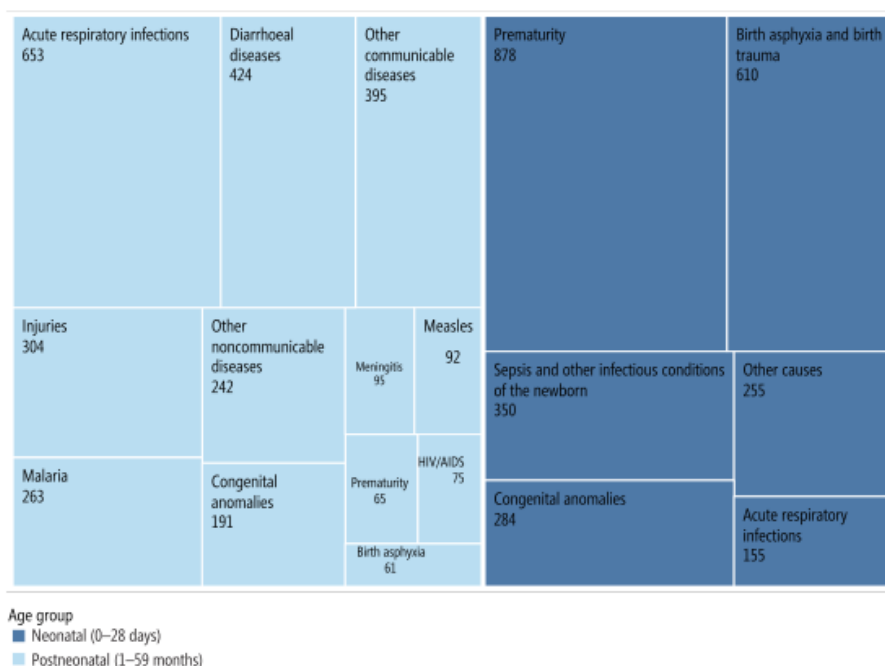
## INTRODUÇÃO

### 1. Parto prematuro: Definição, prevalência, causas e consequências

Atualmente, o termo prematuridade é definido em Neonatologia tendo por base a idade gestacional das crianças no momento do parto. Assim, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto prematuro é aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação ou 259 dias desde o primeiro dia da última menstruação da mulher (1). Partos entre as 28 e as 32 semanas de gestação são classificados como muito prematuros e antes das 28 semanas de gestação como extremamente prematuros (1).

Apesar do avanço médico e tecnológico observado nas últimas décadas, os bebês que nascem prematuramente possuem um elevado risco de morte e de desenvolvimento comprometido do que os bebês nascidos a termo (2). Estima-se que, anualmente, 13 milhões de crianças nasçam prematuras em todo o mundo. Assim, o nascimento prematuro continua a ser uma das mais importantes causas de mortalidade perinatal e neonatal (3), constituindo a principal causa de morte em crianças com idade inferior a cinco anos, mundialmente (Figura 1) (4).

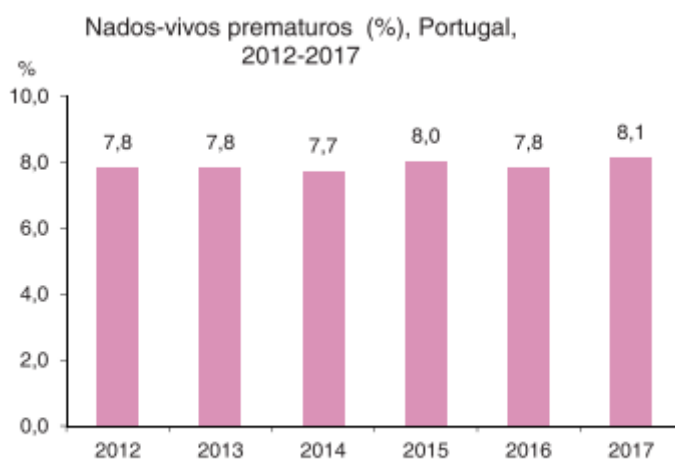
Figura 1. Número de mortes (milhares) entre crianças com menos de 5 anos por causa no mundo, 2017(4).



Nas últimas décadas, enquanto que as taxas de sobrevivência prematura aumentaram em países com rendimentos mais elevados, nos países com rendimentos baixos e médios os recém-nascidos prematuros ainda morrem, com maior frequência, devido à falta de cuidados adequados (5). De acordo com o Relatório Europeu de Saúde Perinatal do ano de 2015, à medida que a idade gestacional do bebé diminui os riscos para a sua saúde e desenvolvimento aumentam. Assim, bebés muito prematuros nascidos antes de 32 semanas são os mais frágeis, com taxas de mortalidade infantil entre 10% e 15% e de paralisia cerebral entre 5% e 10% (6).

A estimativa das taxas de natalidade prematura para o ano de 2014 foi de aproximadamente 10,6 % de todos partos, o que equivale a quase 15 milhões de nascimentos prematuros em todo o mundo (5). Na Europa, essa taxa para o mesmo ano foi de 8,7%, o equivalente a aproximadamente 700 mil bebés prematuros. Em Portugal, a taxa de natalidade prematura para o ano de 2017, foi de 8,1%, o equivalente a aproximadamente 7000 nados-vivos prematuros (7).

Figura 2. Nados-vivos prematuros, Portugal, 2012-2017 (7).



Os fatores que contribuem para a ocorrência de um parto pré-termo ou muito pré-termo são complexos e multifatoriais (8), incluindo características sociodemográficas, nutricionais, médicas, obstétricas e ambientais (9). Assim, o nascimento prematuro tem sido associado à idade materna, ao período de tempo entre gestações, à gravidez múltipla,

a condições médicas crônicas e genéticas maternas (1), a alterações da placenta (placenta prévia e descolamento prematuro da placenta), ao excesso de líquido amniótico, à ocorrência de infecções durante a gravidez, e à primiparidade (3). Outras possíveis causas prendem-se com questões comportamentais e psicológicas. Entre as causas comportamentais, estudos recentes têm salientado o consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas, o uso de drogas ilícitas, a nutrição materna (nomeadamente, o peso da mãe, ganho de peso durante a gravidez e composição da dieta), o emprego e a falta de atividade física (10-12). Como fatores psicológicos, o *stress*, os eventos de vida (tais como divórcio, morte na família, doença, lesão, perda de trabalho), a ansiedade e a depressão têm revelado uma associação positiva com a ocorrência de parto prematuro. Contudo, apesar de serem conhecidos muitos fatores associados ao aumento do risco de parto prematuro, a sua etiologia permanece mal compreendida (11, 13, 14) e os mecanismos biológicos são ainda desconhecidos (1), pelo que em muitos casos as causas de prematuridade ficam por determinar.

Crianças que nascem prematuramente podem sofrer algumas consequências adversas, estando esta característica associada a maior morbidade e mortalidade (15). O impacto do parto prematuro a longo prazo pode ocorrer a nível físico (deficiência visual, auditiva, doença pulmonar crónica da prematuridade, doença cardiovascular de longa duração e doenças não transmissíveis), neurodesenvolvimental e comportamental (distúrbio do funcionamento executivo, atraso no desenvolvimento moderado a grave e sequelas psiquiátricas e/ou comportamentais, como por exemplo transtorno do défice de atenção com hiperatividade e aumento da ansiedade e depressão), e/ou económicos e sociais (alteração do status socioeconómico, incapacidade financeira e falta de apoio familiar e social) (1). Uma possível consequência grave da prematuridade é a lesão cerebral, geralmente causada por hemorragia intraventricular e cistos periventriculares, que podem levar a problemas no desenvolvimento neurológico. Outra consequência possível é a síndrome do desconforto respiratório, que prejudica as áreas dos pulmões sobre as quais o transporte e a difusão do oxigênio ocorrem (15).

Em suma, a ocorrência de um nascimento prematuro, constitui frequentemente um evento de vida adverso com impacto, a curto e a longo prazo, na saúde e bem-estar da não só da criança como da respetiva família (16, 17). No contexto atual, importa perceber de que forma este evento de vida influencia o processo de construção da parentalidade (18), especialmente entre mães e pais de crianças muito pré-termo que vivenciam este evento de vida de forma mais aguda.

## 2. Parentalidade: questões psicossociais da prematuridade

A parentalidade pode ser compreendida como o processo de formação dos sentimentos, funções e comportamentos no desempenho da maternidade e da paternidade. Inicia-se antes do momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece ao longo da vida (19). A experiência de parentalidade relaciona-se com as experiências subjetivas de mães e pais, envolvendo aspetos conscientes e inconscientes. Inclui a prestação de cuidados diários à criança, nomeadamente os cuidados físicos e psicológicos realizados pelos pais (18). O exercício da parentalidade pode também ser discutido do ponto de vista jurídico-legal, uma vez que se trata de um direito. De facto, a noção de parentalidade surge do adulto, daquele que cria como se fosse seu, desenvolvendo na criança a noção de proteção, cuidado e afeto (20).

Habitualmente, a parentalidade pode constituir uma tarefa difícil e desencadeadora de *stress* (21). Quando associada à prematuridade, a parentalidade impõe uma pressão ainda maior sobre os pais, influenciando diretamente a relação afetiva entre a figura parental e a criança (22-24). O nascimento de um bebé prematuro é um evento inesperado para os pais, especialmente para as mães, que, durante a gravidez, idealizavam uma criança menos frágil do que a real (25). Durante a gravidez, as mulheres tendem a fantasiar com um nascimento perfeito, a amamentação, os cuidados com o recém-nascido e a alta hospitalar poucos dias após o parto. Porém, com o nascimento prematuro há mudanças em todos os planos familiares, o que se traduz numa realidade oposta à idealizada (26). Após um nascimento prematuro, os recém-nascidos podem necessitar de ficar internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), e experienciar diversos procedimentos com o intuito de garantir a sua sobrevivência. Tal situação causa frequentemente, sofrimento, elevados níveis de ansiedade, prejuízos para a saúde mental, e sentimentos de tristeza (27, 28). Assim, o internamento de um recém-nascido prematuro na UCIN constitui uma situação de crise para toda a família, tendo um forte impacto na saúde e bem-estar de mães e pais (29).

O nascimento prematuro, e o posterior internamento do bebé na UCIN, bem como a incerteza da sobrevivência do mesmo, são eventos altamente traumáticos e angustiantes para mães e pais, traduzindo-se por vezes numa quebra da unidade familiar devido a impedimentos, constrangimentos e situações que comprometem a rotina da família (30, 31). A hospitalização na UCIN é uma experiência difícil para os pais da criança, visto que o ambiente força a existência de uma separação física, psicológica e emocional entre os

pais e os bebês (30, 32) e conduz frequentemente a sentimentos de inutilidade, fracasso e inferioridade por parte de mães e pais. Ter uma equipa médica que executa todas as tarefas que a mãe esperava fazer quando seu bebê nascesse, faz com que esta se perceciono como uma mera espectadora da prestação de cuidados ao bebê, o que pode conduzir a dificuldades de aceitação e reconhecimento dos filhos (33, 34). Adicionalmente, as mães revelam sentimentos de impotência, por não terem sido capazes de completar o período de gestação (35). Quanto ao pai, as possibilidades de participação e envolvimento na prestação de cuidados são menos frequentes, o que é percecionado por estes como uma limitação e pode conduzir ao sofrimento (34). Contudo, o envolvimento do pai durante o parto prematuro e na prestação de cuidados à criança é importante, pois pode contribuir para o estabelecimento da relação entre o pai e a criança. Para além disso, os pais constituem uma fonte adicional de apoio à mãe durante o parto e todo o processo de internamento (36).

Os sentimentos de isolamento, culpa, fracasso e medo são comuns em pais de bebês prematuros, o que reforça a conceção da prematuridade como um momento de crise, representando um risco para o sistema familiar (37). Existem ainda riscos para a criança, uma vez que ao nascer antes do tempo os seus sistemas não estão completamente desenvolvidos, o que se pode traduzir em dificuldades não só na sobrevivência mas no seu próprio desenvolvimento (3). Crianças nascidas prematuramente, podem vir a apresentar deficiências cognitivas, problemas de desempenho escolar, dificuldades comportamentais, atrasos de linguagem, e de desenvolvimento motor e social (38, 39). Essas consequências podem ser atenuadas ou acentuadas pela forma como mães e pais abordam a tarefa de cuidar de seu bebê que nasceu prematuro, ou seja, pela adaptação dos pais a essa fase inesperada da vida. Neste contexto, a oferta e disponibilidade de suporte psicossocial adequado a mães e pais de crianças pré-termo revela-se essencial para neutralizar as adversidades nessa fase da vida (40).

Quanto mais prolongado o período de internamento, maior o sentimento de impaciência, ansiedade e *stress* gerado na família. Algumas circunstâncias sociais, tais como preocupações com outros filhos, com atividades domésticas e também com a relação conjugal, contribuem para o aumento da ansiedade manifestada por mães e pais em relação à alta da criança (33). Estudos prévios evidenciam que os bebês nascidos prematuramente revelam um maior risco de desenvolverem dificuldades nas interações com os pais (41). Um estudo de Schermann, concluiu que uma criança prematura está em desvantagem para desenvolver interações satisfatórias, devido à sua vulnerabilidade



biológica, revelando-se mais predisposta a apresentar comportamentos menos competentes (42). Simultaneamente, tem sido descrito que quando mães e pais que apresentem uma baixa percepção da sua qualidade de vida, sintomas de ansiedade, depressão, e debilidade física, entre outros, podem afetar negativamente os seus filhos quando estes estão a vivenciar uma internação, causando alguma dificuldade e entropia no estabelecimento da relação mãe/pai-filho (33). Estes sentimentos negativos vivenciados pelos pais durante o período em que o bebé esteve internado permanecem durante anos, influenciando a forma como os pais se relacionam e interagem com os seus filhos ao longo do seu desenvolvimento (43).

Assim, no contexto da prematuridade, é importante promover a aproximação entre pais e filhos de forma a contribuir para o estabelecimento de vínculos afetivos satisfatórios a longo prazo. Adicionalmente, incentivar o estabelecimento de um vínculo entre a equipa de profissionais de saúde e os pais é também essencial durante a permanência da criança prematura na UCIN (44). A necessidade de se sentir apoiado pelos profissionais de saúde é amplamente reconhecida, tendo-se revelado um fator-chave na satisfação de mães e pais com a sua parentalidade, uma vez que o *stress* e a incerteza em torno do desenvolvimento e da saúde da criança prematura tendem a aumentar a necessidade de apoio emocional e confiança na equipa de profissionais de saúde que acompanha a criança (36). Um estudo recente, revelou que o *stress* parental pode ser causado por ter um bebé prematuro hospitalizado numa UCIN, o que se repercute na percepção de qualidade de vida de mães e pais ao longo do tempo (45).

O nascimento de uma criança tem um impacto considerável no bem-estar subjetivo dos pais (46). Na transição da conjugalidade para a parentalidade, os indivíduos adquirem mais responsabilidades, pois além de trabalhar, agora têm um filho a crescer às responsabilidades da casa. Por vezes, surgem sentimentos de frustração, principalmente na mãe que sente que não se consegue dedicar-se completamente ao trabalho ou aos filhos. Neste período de transição, tanto o pai como a mãe passam por mudanças importantes, que se traduzem em alterações no próprio sistema familiar. Assim, esta é considerada uma das maiores e mais exigentes alterações pelas quais o sistema familiar pode passar (46, 47).

O primeiro parto constitui a primeira experiência de parentalidade, possibilitando a compreensão do seu impacto no bem estar dos pais (46). Os desafios que envolvem o nascimento de um segundo filho influenciam todos os membros da família e a dinâmica de relacionamento em múltiplos níveis. Assim, o acréscimo de um segundo filho ao sistema

familiar requer ajustes na maneira como mães e pais tratam os filhos primogênitos, porque a adição de um recém-nascido na dinâmica familiar requer atenção e outros cuidados (48). O período de transição inicial após o nascimento de um segundo filho é marcado pela diminuição da cooperação e pelo aumento do conflito entre os pais ao cuidar do primeiro filho. Também o comportamento dos filhos mais velhos pode alterar-se imediatamente após o nascimento do bebê, num momento em que os pais relatam, frequentemente, declínios na cooperação co-parental e aumento dos conflitos conjugais (48). Experimentar um parto prematuro pode ter um impacto mais acentuado na relação conjugal e familiar. Mães que percebem menos apoio do companheiro relatam maiores dificuldades na relação conjugal. De facto, mães e pais que percebem menos apoio conjugal referem sentir-se mais deprimidos e isolados socialmente, o que salienta a importância da existência do suporte conjugal e familiar, após um nascimento prematuro (49). Tem sido descrito que, durante os primeiros meses de vida da criança, os seus cuidados recaem maioritariamente sobre a responsabilidade das mães, o que adicionado a outras responsabilidades como o tempo dedicado ao trabalho e família pode representar uma das razões para adiar ou renunciar à decisão de ter outro filho (46). Assim, experimentar um parto prematuro pode influenciar diretamente o relacionamento da mãe com o bebê e com seu cônjuge, bem como extinguir o desejo de possuir mais filhos (50).

A existência de quinze milhões de nascimentos prematuros em todo o mundo anualmente são um desafio global para a saúde (45). Os mais recentes desafios sociais europeus fomentam a implementação de abordagens que coloquem as necessidades das pessoas e das comunidades no centro dos sistemas de saúde e sociais (51). Assim, têm sido propostas algumas estratégias que pretendem contribuir para a reestruturação e a humanização dos serviços de saúde, incluindo a integralidade do cuidado (52). Serviços integrados de saúde são serviços de saúde geridos e prestados de forma a garantir que as pessoas recebam serviços contínuos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, nos diferentes níveis e locais de atendimento no sistema de saúde e de acordo com as necessidades ao longo da vida (53). Pelas suas especificidades, os serviços integrados são percebidos como uma solução para a fragmentação e a descontinuidade, características dos sistemas sociais e de saúde na Europa (54). No contexto da prematuridade, e especificamente no caso do parto muito pré-termo, as experiências e opiniões acerca da vivência da parentalidade, podem contribuir para auxiliar nas tomadas de decisões, sobre o planeamento, organização e prestação de serviços que apoiem a família (36).

## **OBJETIVOS**

A ocorrência de um nascimento muito prematuro, antes das 32 semanas de gestação, constitui frequentemente um evento de vida adverso com impacto na saúde e no bem-estar da família. Vivenciar um parto muito prematuro pode ter um impacto na relação conjugal e familiar, influenciando as atitudes de mães e pais em relação à parentalidade, nomeadamente em relação ao número de filhos idealizado. No contexto atual, importa perceber de que forma este evento de vida influencia o processo de construção da parentalidade, bem como as experiências e opiniões acerca da vivência da parentalidade após um parto muito pré-termo, de forma a contribuir para a implementação e disponibilidade de serviços e estratégias de suporte conjugal e familiar adequado às necessidades específicas destas famílias. Assim, esta tese pretende descrever as atitudes em relação à parentalidade em mães e pais de crianças muito pré-termo, nomeadamente quanto ao número de filhos ideal e real, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência.

## PARTICIPANTES E MÉTODOS

Entre 1 de maio e 31 de julho 2017, mães e pais de crianças muito pré-termo, nascidas antes das 32 semanas de gestação, foram convidados a participar num estudo que tinha como principal objetivo estudar o impacto que a experiência de um parto muito pré-termo pode ter nos conhecimentos sobre prematuridade, na qualidade da relação conjugal, na qualidade de vida e nas atitudes em relação à parentalidade através da associação de pais de apoio ao bebé prematuro com maior número de sócios, existente em Portugal: XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro. O convite para integrar o estudo foi realizado pela associação de pais de apoio ao bebé prematuro com maior número de sócios, existente em Portugal: XXS Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro. A associação ficou responsável por enviar, por e-mail, um pequeno texto de apelo à participação, explicando os principais objetivos do estudo e o respetivo *link* que daria acesso ao questionário *online* para todos os sócios. Adicionalmente, o mesmo texto e *link* foram disponibilizados no site oficial (<http://www.xxs-prematuros.com/>) e página de *facebook* (<https://www.facebook.com/xxs.prematuros/>) da associação. No total, 266 participantes (244 mães e 22 pais) aceitaram participar e completaram o questionário *online*. Após a exclusão de 15 mães e 4 pais, sem informação para as variáveis de interesse, 247 participantes foram incluídos na presente análise.

Foram recolhidos dados as características demográficas e socioeconómicas (idade, estatuto marital, escolaridade e rendimento familiar), a saúde reprodutiva (número de gravidezes e planeamento das mesmas, número de filhos, nascimento de filhos muito pré-termo e não muito pré-termo, período de tempo após o parto muito prematuro, gravidez múltipla), a saúde do filho muito pré-termo (perceção da saúde do filho, problemas de saúde diagnosticados), e atitudes em relação à parentalidade (número de filhos num contexto ideal, número de filhos desejados num contexto real, razões para não pretender ter mais filhos).

Para analisar as atitudes em relação à parentalidade foram feitas as seguintes perguntas acerca de desejo de ter ou não mais filhos: “Num cenário ideal, quantos filhos gostaria de ter?”, “Neste momento, num cenário real, pretende ter mais filhos?”, e “Se não deseja ter mais filhos escolha, por favor, a frase que mais se aproxima da sua opinião”; seguida de uma lista de 7 opções de resposta: “Já tenho o número de filhos que desejo”, “Já não tenho idade para ter mais filhos”, “Não tenho disponibilidade financeira para ter

mais filhos”, “Não tenho disponibilidade de tempo para ter mais filhos”, “Ter mais filhos pode ser bom mas complica a vida a dois”, “Ter mais filhos não é para mim” , e “Não sabe”.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa STATA 15.0 (*College Station, TX, 2017*). As características da amostra e a descrição das principais razões para não pretender ter mais filhos são apresentadas como percentagens. Foram estimados *odds ratios* (OR) brutos e os respetivos IC 95% através de regressão logística, para avaliar os fatores associados ao desejo de ter mais filhos, entre os participantes que referem que num mundo ideal teriam mais filhos.

O protocolo de estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Todos os participantes foram devidamente informados dos objetivos, assim como sobre a confidencialidade e anonimato dos dados.

## RESULTADOS

As características dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos participantes (n=247).

	<b>n (%)</b>
<b>Género</b>	
Feminino	229 (92,7)
Masculino	18 (7,3)
<b>Idade (anos)</b>	
<35	50 (29,1)
35-39	66 (38,4)
≥40	56 (32,6)
<b>Estatuto marital</b>	
Casada/União de facto	153 (89,5)
Solteira/ Divorciada/ Viúva	18 (10,5)
<b>Escolaridade (anos)</b>	
≤12	52 (30,2)
>12	120 (69,8)
<b>Rendimento familiar mensal (€)</b>	
≤1500	68 (42,0)
>1500	94 (58,0)
<b>Período de tempo após o parto muito prematuro (anos)</b>	
<2	84 (34,2)
2-4	84 (34,2)
≥5	78 (31,7)
<b>Número de filhos</b>	
1	116 (47,0)
>1	131 (53,0)
<b>Gravidez múltipla</b>	
Não	201 (81,4)
Sim	46 (18,6)
<b>Outras crianças não muito prematuras</b>	
Não	195 (79,0)
Sim	52 (21,0)
<b>Perceção de saúde da descendência</b>	
Excelente/Muito boa	108 (57,8)
Boa	53 (28,3)
Razoável/Fraca	26 (13,9)
<b>Problemas de saúde da descendência*</b>	
Não	129 (69,0)
Sim	58 (31,0)

\*Morbilidade respiratória, deficiência visual, problemas do desenvolvimento, deficiência auditiva, problemas comportamentais, comprometimento neurológico, comprometimento motor, doenças gastrointestinais, alergias, disfunção hormonal, doenças cardíacas, doenças renais, hérnias, doenças de pele, doenças autoimunes e cancro.  
Nota: Em cada variável, o total não pode somar 247 devido à existência de valores omissos.

Neste estudo, mais de 90% dos participantes pertenciam ao sexo feminino, aproximadamente 70% tinham idade superior a 35 anos e cerca de 90% eram casados ou viviam união de facto. Quase 70% dos participantes referiram possuir mais de 12 anos de escolaridade, enquanto 58% reportaram um rendimento familiar superior a 1500 € por mês. Considerando a altura do preenchimento do questionário, para 34,2% dos pais o parto prematuro tinha ocorrido há menos de 2 anos, enquanto para 31,7% este evento tinha ocorrido há 5 ou mais anos. Mais de metade dos participantes tinha mais de 1 filho, menos de 20% teve uma gravidez múltipla e 21% tinham outros filhos não muito prematuros. Apesar de apenas 13,9% percecionarem a saúde dos seus filhos muito pré-termo como razoável ou fraca, 31% reportaram o diagnóstico de pelo menos um problema de saúde aos seus filhos.

Após a ocorrência de um parto muito pré-termo, 21,1% dos participantes engravidou novamente e 65,4% dessas gravidezes foram planeadas. Apesar de 70,9% dos pais reportarem que, num mundo ideal, gostariam de ter mais filhos, apenas 34,9% destes pretende ter pelo menos mais um filho (resultados não apresentados em tabela).

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência associadas com a intenção real de ter mais filhos, entre os participantes que referem que num mundo ideal gostariam de mais filhos. Mães e pais com idade igual ou superior a 40 anos (OR = 0,09; IC 95% 0,03-0,31), cujo parto muito pré-termo ocorreu há 5 ou mais anos (OR = 0,15; IC 95% 0,05-0,40) e com mais de um filho (OR = 0,35; IC 95% 0,18-0,70) revelaram uma intenção significativamente menor de ter mais filhos num contexto real, em comparação com aqueles com idade inferior a 35 anos, cujo nascimento da criança muito prematura ocorreu há menos de 2 anos e com apenas um filho, respetivamente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre participantes que reportam intenção real de ter e não ter mais filhos relativamente ao género, escolaridade, rendimento familiar mensal, gravidez múltipla, a existência de outras crianças não prematuras no agregado familiar, a perceção de saúde e os problemas de saúde da descendência (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas, obstétricas e da descendência associadas à intenção real de ter mais filhos, considerando os participantes que referem que num mundo ideal gostariam de ter mais filhos (n=175).

	Intenção real de ter mais filhos	
	n (%)	OR bruto (IC95%)*
<b>Género</b>		
Feminino	55 (34,2)	1
Masculino	6 (42,9)	1,45 (0,48-4,37)
<b>Idade (anos)</b>		
<35	22 (56,4)	1
35-39	18 (39,1)	0,50 (0,21-1,18)
≥40	4 (10,5)	0,09 (0,03-0,31)
<b>Escolaridade (anos)</b>		
≤12	10 (33,3)	1
>12	34 (37,0)	1,17 (0,49-2,80)
<b>Rendimento familiar mensal (€)</b>		
≤1500	16 (36,4)	1
>1500	26 (36,6)	1,01 (0,46-2,21)
<b>Período de tempo após o parto muito prematuro (anos)</b>		
<2	28 (48,3)	1
2-4	26 (39,4)	0,70 (0,34-1,42)
≥5	6 (12,0)	0,15 (0,05-0,40)
<b>Número de filhos</b>		
1	46 (43,8)	1
>1	15 (21,4)	0,35 (0,18-0,70)
<b>Gravidez múltipla</b>		
Não	54 (63,3)	1
Sim	7 (25,0)	0,57 (0,23-1,44)
<b>Outras crianças não muito prematuras</b>		
Não	54 (37,8)	1
Sim	7 (21,9)	0,46 (0,19-1,14)
<b>Perceção de saúde da descendência</b>		
Excelente/Muito boa	27 (33,3)	1
Boa	18 (51,4)	2,12 (0,94-4,75)
Razoável/Fraca	4 (21,1)	0,53 (0,16-1,76)
<b>Problemas de saúde da descendência*</b>		
Não	39 (40,2)	1
Sim	10 (26,3)	0,53 (0,23-1,22)

\*IC95% – Intervalo de confiança a 95%; OR – Odds ratio.

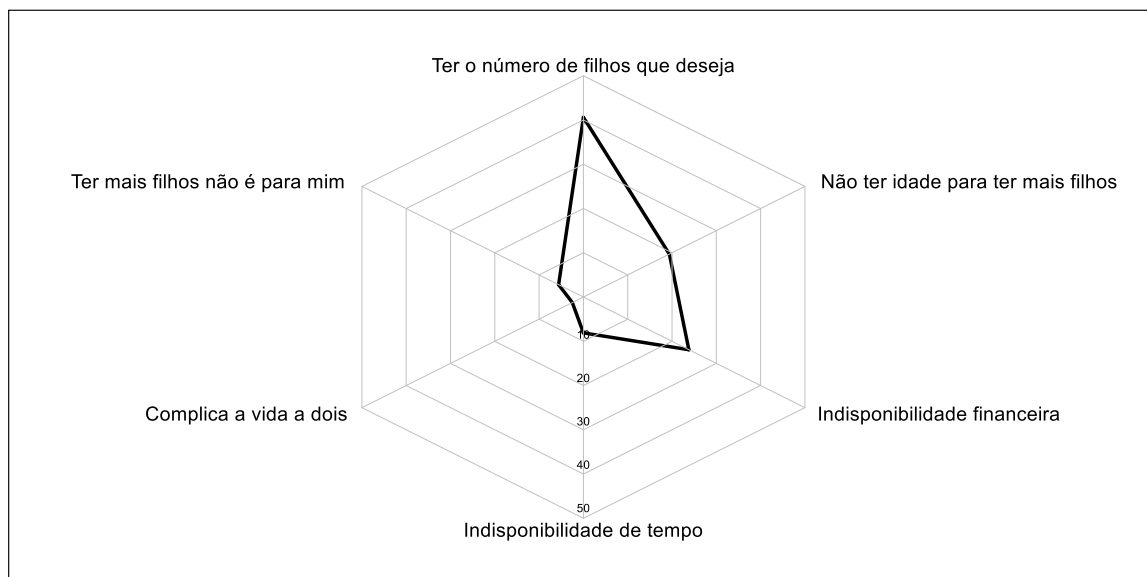
\*Morbilidade respiratória, deficiência visual, problemas do desenvolvimento, deficiência auditiva, problemas comportamentais, comprometimento neurológico, comprometimento motor, doenças gastrointestinais, alergias, disfunção hormonal, doenças cardíacas, doenças renais, hérnias, doenças de pele, doenças autoimunes e cancro.

As razões para não pretender ter mais filhos são apresentadas na Figura 3. Mães e pais de crianças muito pré-termo apontam como razão para não pretenderem ter mais filhos o facto de já possuírem o número de filhos que desejam (40,6%). A indisponibilidade financeira (23,8%) e sentir que já não têm idade para ter mais filhos (19,4%) constituem também duas razões frequentemente reportadas, enquanto que a indisponibilidade de



tempo (8,1%), sentir que ter mais filhos não é para si (5,6%) e a percepção de que ter filhos complica a vida a dois (2,5%) são as razões referidas com menor frequência.

Figura 3. Razões para não pretender ter mais filhos (%).



A Tabela 3 descreve as razões para não pretender ter mais filhos, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência. Já possuir o número de filhos que se deseja foi reportado mais frequentemente por mães e pais com idade entre os 35 e os 39 anos, que tiveram um parto muito prematuro há menos de 2 anos, com mais do que um filho, que percebem a saúde dos seus filhos de uma forma positiva e que reportam o diagnóstico de algum problema de saúde aos seus filhos. A indisponibilidade financeira, assim como a falta de tempo são mais frequentemente apontadas como razões para não ter mais filhos pelos homens, enquanto a opção “não ter idade para ter mais filhos” foi selecionada com maior frequência pelas mulheres. Os participantes mais velhos e cujo parto pré-termo ocorreu há mais tempo foram mais propensos a assinalar a opção de resposta relacionada com a idade, ao passo que aqueles que percebem a saúde dos seus filhos como razoável ou má reportaram com maior frequência a indisponibilidade temporal. Mães e pais com apenas um filho revelaram-se uma maior tendência para referir “ter mais filhos não é para mim”.

Tabela 3. Razões para não pretender ter mais filhos, de acordo com as características sociodemográficas, obstétricas e da descendência.

	Ter o número de filhos que deseja n(%)	Indisponibilidade financeira n(%)	Não ter idade para ter mais filhos n(%)	Indisponibilidade de tempo n(%)	Ter mais filhos não é para mim n(%)	Complica a vida a dois n(%)
<b>Género</b>						
Feminino	61 (40,9)	34 (22,8)	30 (20,1)	11 (7,4)	9 (6,0)	4 (2,7)
Masculino	4 (36,4)	4 (36,4)	1 (9,1)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Idade (anos)</b>						
<35	7 (33,3)	7 (33,3)	0 (0,0)	4 (19,1)	2 (9,5)	1 (4,8)
35-39	19 (44,2)	11 (25,6)	5 (11,6)	5 (11,6)	3 (7,0)	0 (0,0)
≥40	16 (32,0)	8 (16,0)	17 (34,0)	4 (8,0)	3 (6,0)	2 (4,0)
<b>Escolaridade (anos)</b>						
≤12	15 (39,5)	11 (29,0)	9 (23,7)	3 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
>12	28 (36,8)	15 (19,7)	13 (17,1)	9 (11,8)	8 (10,5)	3 (4,0)
<b>Rendimento familiar mensal (€)</b>						
≤1500	18 (40,0)	11 (24,4)	9 (20,0)	4 (8,9)	2 (4,4)	1 (2,2)
>1500	22 (35,5)	13 (21,0)	11 (17,7)	8 (12,9)	6 (9,7)	2 (3,2)
<b>Período de tempo após o parto muito prematuro (anos)</b>						
<2	21 (51,2)	11 (26,8)	3 (7,3)	4 (9,8)	2 (4,9)	0 (0,0)
2-4	19 (36,5)	12 (23,1)	8 (15,4)	7 (13,5)	3 (5,8)	3 (5,8)
≥5	25 (37,3)	15 (22,4)	20 (29,9)	2 (3,0)	4 (6,0)	1 (1,5)
<b>Número de filhos</b>						
1	9 (18,8)	12 (25,0)	12 (25,0)	6 (12,5)	7 (14,6)	2 (4,2)
>1	56 (50,0)	26 (23,2)	19 (16,7)	7 (6,3)	2 (1,8)	2 (1,8)
<b>Gravidez múltipla</b>						
Não	50 (41,0)	25 (20,5)	26 (21,3)	10 (8,2)	7 (5,7)	4 (3,3)
Sim	15 (39,5)	13 (34,2)	5 (13,2)	3 (7,9)	2 (5,3)	0 (0,0)
<b>Outras crianças não muito prematuras</b>						
Não	48 (41,4)	24 (20,7)	23 (19,8)	10 (8,6)	7 (6,3)	4 (3,5)
Sim	17 (38,6)	14 (31,8)	8 (18,2)	3 (6,8)	2 (4,6)	0 (0,0)
<b>Perceção de saúde da descendência</b>						
Excelente/Muito boa	27 (38,6)	16 (22,9)	12 (17,1)	5 (7,1)	9 (12,9)	1 (1,4)
Boa	13 (38,2)	8 (23,5)	8 (23,5)	4 (11,8)	0 (0,0)	1 (2,9)
Razoável/Fraca	5 (27,8)	3 (16,7)	5 (27,8)	4 (22,2)	0 (0,0)	1 (5,6)

**Problemas de saúde da descendência\***

Não	27 (33,8)	19 (23,8)	18 (22,5)	7 (8,8)	7 (8,8)	2 (2,5)
Sim	18 (42,9)	8 (19,1)	7 (16,7)	6 (14,3)	2 (4,8)	1 (2,4)

\*Morbilidade respiratória, deficiência visual, problemas do desenvolvimento, deficiência auditiva, problemas comportamentais, comprometimento neurológico, comprometimento motor, doenças gastrointestinais, alergias, disfunção hormonal, doenças cardíacas, doenças renais, hérnias, doenças de pele, doenças autoimunes e cancro.

## DISCUSSÃO

Esta dissertação apresenta dados inovadores que contribuem para a compreensão do impacto da prematuridade nas atitudes em relação à parentalidade. Os resultados revelam que apenas um quinto das mães e pais voltaram a engravidar após a ocorrência de um parto muito pré-termo. Apesar de mais de 70% afirmarem o desejo de ter mais filhos, menos de metade destes manifestam uma intenção real de ter pelo menos mais um filho. Esta intenção é menos acentuada nos participantes mais velhos, que tiveram um parto pré-termo há mais tempo e com mais do que um filho. De forma similar, já possuir o número de filhos que se deseja constituiu o principal motivo apontado para não pretender ter mais filhos.

Ter filhos é parte da dinâmica natural humana que atende à necessidade de preservação e continuidade da espécie e dos elementos que compõem a realidade familiar nos diversos contextos sociais. Logo, é inerente ao planejar filhos pensar no seu número e nas condições para sua educação e cuidado adequados (55). Ao longo da história, a concepção, o desejo de ter filhos e a noção de família sofrem mudanças significativas. Nas décadas de 1950 e 1960, ter filhos era percebido como algo esperado na vida de todos os adultos casados. O surgimento da pílula anticoncepcional, bem como os avanços tecnológicos tornaram a contraceção segura e eficaz, o que acabou por se refletir na diminuição do número de filhos (56). Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, ao direito de decidir sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Portanto, cabe a cada família decidir sobre ter ou não filhos, o número de filhos que desejam e o número que realmente podem ter (55).

O número de filhos que uma mulher tem não influencia a ocorrência de um futuro parto prematuro (57, 58). Contudo, ter um parto prematuro pode influenciar a decisão de ter ou não mais filhos. Entre 2010 e 2014, cerca de 60% das gravidezes na Europa foram planeadas (59), e um número similar foi descrito para Portugal em 2013 (60). No presente estudo, 65,4% das gravidezes que ocorreram após um parto muito pré-termo foram planeadas. Assim, o facto de ter ocorrido um parto muito pré-termo, não parece influenciar o planeamento futuro de gravidezes.

Uma grande proporção de mães e pais referiram o desejo de ter mais filhos, ainda que apenas cerca de um terço pretenda realmente voltar a engravidar. A diferença observada pode dever-se à ocorrência prévia do parto muito pré-termo uma vez que, tem

sido descrito que, enfrentar uma gravidez e/ou parto problemáticos pode conduzir a uma ampla gama de sentimentos, nomeadamente medo de não concretizar o projeto parental, angústia e preocupação com o futuro de bebé. (56). Adicionalmente, a literatura tem suportado a ideia de que ter antecedentes de um parto muito pré-termo representa um fator de risco para o parto muito prematuro (61, 62). Este conhecimento pode ter um peso relevante na decisão do casal de ter mais filhos, pelo receio de voltar a passar pela mesma situação traumática de parto. A idade mais avançada, já ter tido um parto muito pré-termo há mais de 5 anos, e já ter mais do que um filho, foram os fatores que se revelaram inversamente associados com a intenção de ter mais filhos. A idade dos membros do casal, e principalmente da mulher, para ter filhos constitui um fator relevante para a alteração de planos relativamente à parentalidade (56). A idade da mulher condiciona sua fertilidade, verificando-se um declínio após os 30 anos, com um agravamento nítido, sobretudo a partir dos 35 anos. Já os homens mantêm-se férteis mais tempo, sendo o declínio da qualidade gamética masculina mais subtil e mais tardio do que na mulher (56). A literatura tem apontado um risco maior de complicações em gestações tardias, incluindo a hipertensão arterial, apresentação anómala, sofrimento fetal intraparto, parto por cesariana, hemorragia (63), e também prematuridade (64). A distância ao parto pré-termo, bem como o fato de já ter mais de um filho, parecem constituir fatores relevantes para decidir não ter mais filhos. Isto poderá dever-se ao planeamento familiar, que poderá restringir a vontade de ter mais filhos utilizando argumentos racionais de ordem biológica, financeira e social.

As razões mais frequentemente mencionadas por mães e pais para não pretenderem ter mais filhos foram já possuírem o número de filhos desejados, indisponibilidade financeira, e sentir já não ter idade para ter mais filhos. A condição financeira do casal precisa estar organizada para que seja considerada a possibilidade de incluir um filho na relação a dois. Ou seja, por norma, a procura de uma melhor condição financeira antecede o projeto de ter filhos, constituindo um fator de grande influência para o projeto parental (56). A indisponibilidade financeira, assim como a falta de tempo são mais frequentemente apontadas como razões para não ter mais filhos pelos homens, enquanto a opção “não ter idade para ter mais filhos” foi selecionada com maior frequência pelas mulheres. O excesso de trabalho aparece como um dos principais fatores influenciadores do desequilíbrio entre vida profissional e familiar, uma vez que quanto mais o indivíduo trabalha, menos tempo ele tem para se dedicar às relações familiares. Isto pode ser um motivo para a discrepância entre o número de filhos ideal e real uma vez que muitos homens relatam uma forte pressão para serem capazes de sustentar a sua família, mantendo a imagem de chefe de família capaz de garantir as necessidades económicas de todos os membros perante a sociedade

(65). A importância atribuída à idade enquanto motivo para decidir não ter mais filhos pode deve-se, em larga medida, ao facto de a nossa amostra incluir uma elevada proporção de mulheres, em comparação com o número de homens. Assim, o declínio na fertilidade, associado aos riscos associados a uma gravidez tardia (66) podem condicionar a escolha das famílias.

A principal vantagem deste estudo é o carácter inovador do mesmo, uma vez que a maioria dos estudos focam as consequências da prematuridade para as crianças, sem ter em conta a influência nos pais e no sistema familiar. Contudo, é importante discutir algumas limitações do mesmo. Apesar da inclusão de mães e pais neste estudo constituir uma vantagem metodológica do mesmo, uma vez que a maioria dos estudos se centra nas mães, enquanto cuidadoras habituais das crianças, a baixa participação masculina impossibilita a realização de uma análise por género. Adicionalmente, a falta de colaboração paterna faz com que os resultados representem de forma mais acentuada as perspetivas e opiniões das mães. Assim, é importante refletir acerca de estratégias que fomentem o aumento da participação masculina em estudos sobre saúde reprodutiva e planeamento familiar. Outra possível limitação do estudo prende-se com o facto da recolha de dados ter sido realizada *online*, que pode traduzir-se num viés de seleção, uma vez que nem todas as famílias possuem acesso à internet. Contudo, dados recentes referem que, em 2017, 97% das famílias portuguesas com crianças tinha acesso à internet em casa (67). Além disso, um estudo recente realizado com pais de crianças entre 0 e 4 anos de idade concluiu que, embora os questionários virtuais apresentassem taxas de resposta ligeiramente mais baixas do que as de questionários em papel, a análise das variáveis socioeconómicas mostraram quase nenhuma diferença entre os respondentes e os não respondentes nos dois grupos (68). Assim, uma menor taxa de resposta a um questionário *online* pode não se traduzir, necessariamente, num viés de seleção.

## CONCLUSÃO

O número elevado de nascimentos muito prematuros constitui um importante problema de saúde pública, visto que a prematuridade se configura numa das mais importantes causas de mortalidade perinatal e neonatal (3). É responsabilidade dos sistemas públicos universais de saúde garantir acesso a serviços de qualidade, articulando ações de promoção de saúde e prevenção da doença (69). A educação em saúde ancora-se no conceito de promoção da saúde, que pretende contribuir para o aumento da participação da população na procura de bem-estar no seu quotidiano (70).

Os resultados do presente estudo salientam o impacto de um parto muito prematuro na relação conjugal e familiar, influenciando as atitudes de mães e pais em relação ao número de filhos idealizado. Apenas um quinto das mães e pais voltaram a engravidar após a ocorrência de um parto muito pré-termo e, apesar de mais de 70% afirmarem o desejo de ter mais filhos, apenas cerca de um terço destes manifestam uma intenção real de ter pelo menos mais um filho. Esta intenção é menos acentuada nos participantes mais velhos, que tiveram um parto pré-termo há mais tempo e com mais de um filho. As razões mais frequentemente mencionadas por mães e pais para não pretender ter mais filhos são já possuírem o número de filhos desejados, indisponibilidade financeira, e sentir já não ter idade para ter mais filhos.

A compreensão da perspectiva de mães e pais sobre a influência de um parto muito prematuro nas atitudes em relação à parentalidade pode ser útil para responder às recomendações internacionais que exigem a implementação de abordagens integradas e centradas nas pessoas. Os resultados descritos salientam a necessidade de disponibilizar serviços e estratégias de suporte conjugal e familiar adequado às necessidades específicas de cada família.

Em conclusão, esta tese apresenta dados inovadores que contribuem para a compreensão do impacto da prematuridade nas atitudes em relação à parentalidade, ressaltando que os serviços de saúde devem considerar as influências dos pais e do sistema familiar na vivência da prematuridade.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva; 2012.
2. Oliveira LL, Gonçalves AC, Bonilha ALL, Costa JSD. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-9.
3. Ramos HÂC, Cuman RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13 (2):297-305.
4. World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva; 2019.
5. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2018;7(1): 37-46.
6. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Paris; 2018.
7. Instituto Nacional de Estatística I. Estatísticas Demográficas 2017. 2018;Lisboa, Portugal.
8. Menon R. Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: Etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(6):590-600.
9. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet Glob Health*. 2008;371(9606):75-84.
10. HackBarth BB, Ferreira JA, Carstens HP, Amaral AR, Silva MR, Silva JC, et al. Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(8):353-8.
11. Vogel J, Chawanpaiboon S, Moller A-B, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018:1-10.
12. Vasconcelos JDAL, Santos ACC, Batista ALA, Granville-Garcia AF, Santiago LM, Menezes VAd. Fatores de risco relacionados à prematuridade ao nascer: um estudo caso-controle. *Odonto* 2012; 20(40):119-27.



- 13.Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012 33(2):86-94.
- 14.Areias MD, Botelho TM. Estudo Comparativo: Prematuridade e Ansiedade. *Análise Psicológica* 1992;2(X):235-40.
- 15.Institute of Medicine. *The Role of Environmental Hazards in Premature Birth: Workshop Summary.* Mattison DR, Wilson S, Coussens C, Gilbert D, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2003. 146 p.
- 16.Baía I, Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Freitas Cd, Alves E. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units Early. *Hum Dev.* 2016;101:3-9.
- 17.Lunenburg Av, Pal SMvd, Dommelen Pv, Bruin KMvdPd, Gravenhorst JB, Verrips GH. Changes in quality of life into adulthood after very preterm birth and/or very low birth weight in the Netherlands. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:51.
- 18.Cypriano LM, Pinto EEP. Chegada inesperada: A construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. *Psicol. hosp.* 2011;9 (2):2-26.
- 19.Brasil. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru. In: Saúde Md, editor. 2 ed. Brasil: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2013.
- 20.Sales AAR. O direito ao conhecimento das origens genéticas e a procriação medicamente assistida. *Rev Júris Rationis.* 2012:107.
- 21.Crnic K, Low C. Everyday stresses and parenting. Bornstein MH, editor. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2002.
- 22.Susan G, Barbara D. Parenting children born preterm. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of parenting.* vol. 1. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2002. p. 329-54.
- 23.Miceli P, Goeke-Morey M, Kolberg KJS, Miller-Loncar C. Brief Report : Birth Status, Medical Complications, and Social Environment : Individual Differences in Development of Preterm, Very Low Birth Weight Infants. *J Pediatr Psychol.* 2000;25:353–8.
- 24.Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA.* 1999;281:799-805.

- 25.Souza NL, Araújo ACPF, Costa ÍCC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematur Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. Rev Bras Enferm.,. 2009;62(5): 729-733.
- 26.Viana MRP, Araújo LAN, Sales MCV, Magalhães JM. Vivência de Mães de Prematuros no Método Mãe Canguru. Rev Fund Care Online. 2018;10(3):690-695.
- 27.Sousa AM, Mota CS, Cruz IAC, Mendes SS, Martins MCCe, Moura MEB. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI neonatal. R pesq: cuid fundam. 2011:100-10.
- 28.Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarted G, Martineze FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):251-254.
- 29.Cartaxo LS, Torquato JA, Plate ICS, Agra G, Fernandes MA, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev enferm UERJ. 2014;22(4): 551-557.
- 30.Frello AT, Carraroll TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2012;65(3):514-21.
- 31.Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma Rede de Apoio à Família do Prematuro. Cienc Cuid Saude. 2010; 9(1): 155-160.
- 32.O'Brien K, Brach M, Macdonell K, McBrid T, Robson K, O'Leary L, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13(1): 1-8.
- 33.Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. Rev Gaúcha Enferm. 2017;8(2): 1-8.
- 34.Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(6): 1360-1366.
- 35.Marchetti D, Moreira MC. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? Rev Psicol Saúde. 2015;7(1):82-9.
- 36.Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. J Obstet Gynaecol Res. 2013;120:637-43.

37. Meijssen D, Wolf MJ, Koldewijn K, Houtzager BA, Wassenaer Av, Tronick E, et al. The effect of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program on mother–infant interaction after very preterm birth. *J child psychol and psychiatry*. 2010;51:1287-95.
38. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). *Psicol Reflex Crít*. 2001;14(1):1-33.
39. Zelkowitz P. Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. 2a ed. rev. Canadá. 2017.
40. Martins IMB, Linhares MBM, Martinez FE. Indicadores de Desenvolvimento na Fase Pré-Escolar de Crianças Nascidas Pré-Termo. *Psicol Estud*. 2005;10:235-43.
41. Brum EH, Schermann L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Sci Med*. 2005;15: 60-67.
42. Schermann L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas Psicol*. 2001;9: 55-61.
43. Affleck G, Tennen H, Rowe J. Mothers, fathers, and the crisis of newborn intensive care. *Infant Ment Health J*. 1990;11(1):12-25.
44. Fleury C, Parpinelli MA, Makuch MY. Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14: 1-10.
45. Nordheim T, Rustøen T, Iversen PO, Nakstad B. Quality of life in parents of preterm infants in a randomized nutritional intervention trial. *Food Nutr Res*. 2016;60: 1-7.
46. Luppi F. When is the Second One Coming? The Effect of Couple's Subjective Well-Being Following the Onset of Parenthood. *Eur J Population* 2016; 32:421–44.
47. Pedrotti BG. A Influência da Chegada do Bebê na Relação Conjugal no Contexto de Depressão Materna. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia.
48. Kuo PX, Volling BL, Gonzalez R. His, Hers, or Theirs? Coparenting After the Birth of a Second Child. *J Fam Psychol*. 2017 31(6):710–20.

- 49.Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*. 2000; 10(18): 60-69.
- 50.Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):290-8.
- 51.European Commission. Horizon 2020 - Work programme 2016-2017: Health, demographic change and wellbeing. Brussels ;2017.
- 52.Klossowski DG, Godói VCd, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev CEFAC*. 2016;18(1):137-50.
- 53.World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report. Geneva; 2015.
- 54.Dias A, Santana S. Cuidados integrados: Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Rev Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 2009; 8(1): 12-20.
- 55.Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? *Rev bioét*. 2016;24 (1):73-82.
- 56.Bernardi D, Féres-Carneiro T, Magalhães AS. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. *Context Clin*. 2018;11(2): 161-173.
- 57.Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GdC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(1):91-8.
- 58.Oliveira LLd, Gonçalves AdC, Costa JSDd, Bonilha ALdL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-389.
- 59.Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6:380–389.
- 60.PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2013/ Ana Paula Rodrigues, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes- Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, 2014. p. 50.

61. Covarrubias LO, Aguirre GER, Chapuz JR, May AIL, Velázquez JD, Eguiluz ME. Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(9):526-536.
62. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet-Marín FA, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna-Ramirez I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(2):103-109.
63. Cecatti JG, Faúndes A, Surita FGC, Aquino MMA. O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1998;20(7): 389-394.
64. Araújo BF, Tanaka ACdA. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(12):2869-2877.
65. Júnior EG, Feijó MR, Cunha ÉVd, Corrêa BJ, Gouveia PAdES. Exigências Familiares e do Trabalho: Um equilíbrio Necessário para a Saúde de Trabalhadores e Organizações. *Pensando Famílias*. 2013;17(1): 110-122.
66. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MdFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4): 1-8.
67. Instituto Nacional de Estatística I. Sociedade da Informação e do Conhecimento: Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias. Portugal; 2017.
68. Ebert JF, Huibers L, Christensen B, Christensen MB. Paper- or Web-Based Questionnaire Invitations as a Method for Data Collection: Cross-Sectional Comparative Study of Differences in Response Rate, Completeness of Data, and Financial Cost. *J Med Internet Res*. 2018;20(1): 1-13.
69. Silva RMMd, Viera CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev Bras Enferm*. 2014 67(5):794-802.
70. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. *Rev enferm*. 2015 23(1):128-31.