

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RACHEL LEITE DE SOUZA FERREIRA SOARES

OS SIGNIFICADOS DE TER UM FILHO PREMATURO PARA PAIS HOMENS:
contribuições da enfermagem neonatal

RIO DE JANEIRO
2013

Rachel Leite de Souza Ferreira Soares

OS SIGNIFICADOS DE TER UM FILHO PREMATURO PARA PAIS HOMENS:
contribuições da enfermagem neonatal

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Marialda Moreira Christoffel

Rio de Janeiro
2013

Soares, Rachel Leite de Souza Ferreira.

Os significados de ter um filho prematuro para pais homens:
contribuições da enfermagem neonatal / Rachel Leite de Souza
Ferreira Soares. - 2013.
140 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Rio de Janeiro, 2013.

Orientador: Marialda Moreira Christoffel

1. Prematuro. 2. Paternidade. 3. Pai. 4. Relação pai-filho. 5. Unidades De Terapia Intensiva Neonatal – Dissertação. I. Christoffel, Marialda Moreira (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Rachel Leite de Souza Ferreira Soares

OS SIGNIFICADOS DE TER UM FILHO PREMATURO PARA PAIS HOMENS:
contribuições da enfermagem neonatal

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, Escola de Enfermagem
Anna Nery, Universidade Federal do
Rio de Janeiro como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovado em

Prof^ª. Dr^ª Marialda Moreira Christoffel. Orientadora.
(Presidente) – EEAN/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Janice Machado da Cunha
(1^ª examinadora) FE/UERJ

Prof^ª Dr^ª Elisa da Conceição Rodrigues
(2^ª examinadora) EEAN/UFRJ

Prof^º Dr^º Valdecyr Herdy Alves
(Suplente) EEAAC/UFF

Prof^ª Dr^ª Isabel Cristina dos Santos Oliveira
(Suplente) EEAN/UFRJ

Agradecimentos

À Deus. Grata sou por ter um Pai completamente perfeito e que se mostrou presente em cada detalhe dessa difícil jornada até aqui. “Não tenho palavras para agradecer Tua bondade. Dia após dia me cercas com fidelidade. Tudo que tenho, tudo que sou e o que vier a ser, vem de Ti, Senhor.”

À minha mãe, Rejane, por me incentivar a ingressar no mestrado, me entender a cada momento difícil e por ser meu exemplo como mulher, mãe e enfermeira. Sem você não realizaria nenhum dos meus principais sonhos.

Ao futuro marido, Diego, pela infinita paciência, entendendo minha ausência, estresses e lágrimas (quantas lágrimas!), e me dando amor, apoio e alegria para seguir em frente a cada desafio.

À minha orientadora, Prof Marialda, por fazer questão de me formar enquanto mestre, indo além da elaboração de uma dissertação. Farei o seu duro trabalho valer cada esforço. À você, minha gratidão e admiração.

Às amigas, Monique e Suelen, irmãs que eu escolhi ter. Por acompanharem cada detalhe -bom ou ruim- dessa dissertação e serem apoios fundamentais. Nunca vi amigas melhores do que vocês. Agradeço a Deus pela dádiva de ter vocês comigo.

À amiga doutoranda Maria Estela, que por tantas vezes me aconselhou e auxiliou com tanto carinho, e, com longas conversas ao telefone, renovava meu ânimo e me construiu um exemplo de vida a seguir.

Às amigas do mestrado, em especial a etnógrafa Adriana, e Advi, pela disponibilidade e auxílio de sempre, me ouvindo em dúvidas e angústias. Danielle e Ana Luiza, vocês também se incluem aqui. Obrigada pelas ricas discussões e contribuições.

Aos professores integrantes das bancas de defesa de projeto, qualificação e defesa final. O olhar atento desses grandes doutores foi fundamental para a realização desse trabalho.

A todos os amigos e familiares não contemplados aqui, mas não menos importantes, obrigada.

*“Eu me desenvolvo e evoluo com meu filho...
Eu me desenvolvo e evoluo com meu pai...”*

Música Loadeando. Marcelo D2.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira. **Os significados de ter um filho prematuro para pais homens:** contribuições da enfermagem neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

A paternidade, culturalmente, encontra-se em transição entre o modelo hegemônico, onde o pai é provedor da família e emocionalmente afastado dos filhos e o modelo afetivo, onde o homem assume atividades de cuidado e interage emocionalmente com a criança. Quando ocorre o nascimento prematuro e internação em UTIN, o vínculo entre pai e filho é prejudicado. **Objeto do estudo:** Os significados de ter um filho prematuro para pais homens. **Objetivos:** Descrever os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Analisar as perspectivas de mudanças sociais e cultural do pai inserido no cuidado a seu filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Discutir como os significados atribuídos pelo pai sobre seu filho prematuro internado influenciam as práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Estudo qualitativo com abordagem etnográfica realizado em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram 22 pais homens de filhos prematuros internados na UTIN. Foram realizadas entrevistas gravadas, com roteiro semi-estruturado, diário de campo, observação participante e análise de prontuários. A análise se deu através de análise temática. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro / SMSDC-RJ sob o número 243/11. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados e discussão:** O momento do parto e nascimento para os pais homens foi inesperado e frustrante, por ser prematuro. Eles relatam a preocupação com o estado de saúde da mulher após o parto e com a sua necessidade de repouso, cumprindo o resguardo. Os homens dão prioridade para que a mulher se relacione com o prematuro e buscam viabilizar esse contato mãe-filho. Ter o filho prematuro internado em UTIN significa mudanças na rotina e no trabalho, preocupação e, ao mesmo tempo satisfação e alegria no momento em que o prematuro desenvolve-se e se aproxima o momento da alta. Os pais significam sua presença na UTIN de diversas maneiras: como importante para promover o desenvolvimento do filho, para ser reconhecido enquanto pai pelo prematuro e para trazer benefícios e prazer para ele mesmo. Entretanto, encontram obstáculos para estarem presentes na UTIN devido ao horário de visitas, que não permite sua presença 24 horas por dia, dificuldades de comunicação com a equipe e restrições impostas pelas atividades laborativas. Participam do cuidado apenas observando, entendendo muitas vezes que, quando não é tarefa restrita ao profissional, no caso de crianças mais graves, é papel materno.

Relatam medo de tocar devido à fragilidade e ao tamanho pequeno do prematuro.

Considerações Finais: O modelo tradicional de assistência à família, onde a participação materna é o foco deve ser repensado para a inserção do pai, buscando humanizar o atendimento. É preciso aprender a trabalhar com a nova realidade cultural onde os homens cuidam do lar e dos filhos junto com as mulheres e elas, por sua vez, trabalham fora, junto aos homens. É urgente a conscientização dos profissionais para entenderem o movimento cultural atual que envolve o papel do homem enquanto pai e a necessidade de apoio à paternidade nas situações de prematuridade, permitindo-o exercer seu papel da forma como escolher.

Descritores: Prematuro; Pai; Paternidade; Relações Pai-Filho; Unidades De Terapia Intensiva Neonatal.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira. **Os significados de ter um filho prematuro para pais homens:** contribuições da enfermagem neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

Fatherhood, culturally, is in transition between the hegemonic model , where the father is the family provider and emotionally away the children and the affective model, where the man takes care activities and interacts with the child emotionally. When premature birth and NICU hospitalization occurs, the emotional connection father-newborn is difficult. Object of the study: The significance of having a premature child to your father. Objectives: To describe the meanings assigned by the fathers who has a premature child hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit; analyze the perspectives of social and cultural changes in the care of the father inserted his preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit; Discuss how the meanings assigned the father about his preterm hospitalized influence care practices in Neonatal Intensive Care Unit. Methodology: A qualitative study conducted ethnographic approach in a maternity city of Rio de Janeiro. The study subjects were 22 men who have parents premature babies admitted to the NICU. Recorded interviews were conducted based on a semi-structured, field journal, participant observation and analysis of medical records. The analysis was done through thematic analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Municipality of the city of Rio de Janeiro / RJ-SMSDC under number 243/11. All ethical aspects were respected. Results and discussion: The moment of preterm birth parents for men was unexpected and frustrating. They report the concern to the health of women after childbirth and its need for rest. Men give priority to the woman relates

to the premature and seek possible this mother-child contact. Having a premature infant admitted to NICU means changes in routine in the work, concern and at the same time satisfaction and happiness at the moment premature develops and approaches the time of discharge. Fathers signify their presence in the NICU in several ways: as important to promote the development of the child, to be recognized as a father and bring benefits and enjoyment for himself. However, obstacles is present in the NICU due to visiting hours, which doesn't allow his presence 24 hours a day, communication difficulties with health professional and restrictions imposed by work activities. Participate in the care just observing, understanding that often, when it's not restricted to professional task in the case of more severe children are maternal role. Report afraid to touch because of the small size and fragility of prematurity. Conclusion: The traditional model of family care, where the focus is maternal participation should be reconsidered for the insertion of the father, seeking to humanize care. It's necessary to learn to work with the new cultural reality where men take care of home and children along with women and they, in turn, work out with men. There is an urgent awareness of professionals to understand the current cultural movement that involves the role of man as a father and need support in parenting situations prematurity, enabling it to play its role on how to choose.

Keywords: Premature; Father, Fatherhood, Father-Child Relations; Neonatal Intensive Care Units

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 Objeto do estudo	16
1.2 Objetivos	16
1.3 Justificativa e Relevância	17
1.3.1 Relevância Epidemiológica	17
1.3.2 Relevância Científica	20
1.4 Contribuições do Estudo	23
2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
2.1 Políticas Públicas, leis e movimentos sociopolíticos envolvendo a paternidade	26
2.2 Tipo de Pesquisa	31
2.3 O Trabalho de Campo	32
2.4 Aspectos Éticos	33
2.5 OLHAR...	34
2.5.1 O cenário das unidades neonatais	34
2.6 OUVIR ...	37
2.7 ESCREVER...	37
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
3.1 Caracterização dos pais homens e seus filhos prematuros	57
3.2. OS PAIS HOMENS DURANTE O PROCESSO REPRODUTIVO: A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE	
3.2.1 A gestação e o planejamento do pai: transição para a parentalidade	67
3.2.2 O itinerário no momento do trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o serviço de saúde	70
3.2.3 O período do resguardo: o pai e a preocupação com a mulher e com a ligação afetiva mãe-filho	76
3.3 OS SIGNIFICADOS E RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA, PREMATURIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILITANDO A LIGAÇÃO AFETIVA PAI-FILHO	
3.3.1 O impacto de ter um filho prematuro: sentimentos, emoções e as alterações da rotina diária	79
3.3.2 Construindo o envolvimento paterno no ambiente da UTIN	84

3.3.3 As relações entre pais homens e profissionais de saúde na UTIN: buscando informações e comunicação	89
--	----

3.4 O CUIDADO AO PREMATURO NA UTIN NA PERSPECTIVA DOS PAIS HOMENS

3.4.1 Ir à UTIN e cuidar do prematuro: superando obstáculos e revelando as motivações	99
---	----

3.4.2 As práticas de cuidado na UTIN e o pai: da sensação de incapacidade de cuidar à participação em auxílio nos cuidados ao prematuro	109
---	-----

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

117

REFERENCIAS

122

APENDICES

133

APENDICE A – Termo de Consentimento

134

Apendice B – Termo de Autorização

135

Apendice C – Roteiro de Entrevista

136

Apêndice D – Roteiro de Coleta de dados do Prontuário

138

ANEXO

139

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu interesse pela pesquisa vem desde o ensino médio, quando em 2005, cursei o Técnico de Laboratório em Biodiagnóstico em Saúde, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Esta escola é uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz / FIOCRUZ, que se dedica a atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde.

A FIOCRUZ é uma reconhecida instituição que estimula os jovens alunos a terem a inquietude científica. Assim, os alunos desenvolvem monografias no final do curso técnico, como requisito para a sua conclusão. Além disso, tive no ensino médio a oportunidade de participar de eventos científicos como ouvinte e em apresentação de trabalhos.

Em 2007, optei no vestibular pelo curso de graduação em enfermagem, ingressando na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), reconhecida instituição, inclusive por sua grande contribuição para a pesquisa no campo da enfermagem.

Desde o primeiro período do curso de graduação, busquei desenvolver atividades de pesquisa, e no terceiro período ingressei como bolsista de Iniciação Científica/IC PIBIC/CNPq.¹

Durante o quarto período da graduação, ingressei na disciplina Programa Curricular Interdepartamental V (PCI V), intitulada: “Cuidados de Enfermagem a Família Expectante”, cujo trabalho de campo se dá no alojamento conjunto da Maternidade Escola da UFRJ. Interessei-me, a partir desse momento, em estudar questões relativas ao recém-nascido (RN) e comecei a realizar leituras e a participar de eventos cuja temática estivesse voltada para recém-nascido e sua família.

Em 2009, me candidatei à bolsista de Iniciação Científica da Fundação Carlos Chagas Filho (FAPERJ), fazendo parte do projeto de pesquisa intitulado: Atenção à saúde do recém-nascido: bases para o cuidado familiar², no qual um dos objetivos era discutir os cuidados adotados pelas famílias para atender as necessidades dos recém-nascidos em diferentes cenários. A partir desse momento, participava efetivamente das reuniões do Grupo de

¹ Pibic/CNPq – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Período 08/2008 a 07/2009. Projeto de pesquisa intitulado “Organização e Luta das Enfermeiras do Rio de Janeiro para Valorização da Profissão”. Coordenado pela Professora Dra. Maria da Luz Barbosa Gomes.

². Coordenado pela Prof. Dra. Marialda Moreira Christoffel, do NUPESC, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

Pesquisa e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente (NUPESC).

Em 2010, no último período do curso de graduação, realizei estágio no alojamento conjunto e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na Maternidade Escola da UFRJ. Pude observar que a acompanhante mais frequente dos recém-nascidos (RN) na UTIN era a mãe.

Os pais homens³ costumavam passar menos tempo com seus filhos no período da internação devido às suas atividades laborativas durante o dia. Em contrapartida, as mães em sua maioria encontravam disponibilidade maior de tempo, já que recebem licença maternidade de quatro a seis meses⁴, tendo a possibilidade de permanecer cuidando de seu filho recém-nascido internado. Os pais homens tem direito a apenas cinco dias de licença paternidade após o nascimento de seus filhos.⁵

Na cultura brasileira, a mãe continua sendo a principal acompanhante e cuidadora do filho hospitalizado (SOUZA e OLIVEIRA, 2010), enquanto o pai permanece no papel de provedor do sustento familiar, mais distante da internação das crianças.

Entretanto, segundo as minhas observações, os pais homens demonstravam real desejo de acompanhar seus filhos na UTIN. Buscavam sempre informações sobre o estado de saúde do recém-nascido, mas permaneciam mais afastados do contato físico.

Enquanto bolsista da FAPERJ desenvolvi um trabalho de conclusão de curso (TCC)⁶, cujos objetivos foram: Identificar as práticas adotadas pelos pais diante da dor do RN durante os procedimentos dolorosos; descrever o conhecimento dos pais sobre a dor do RN em procedimentos dolorosos e analisar a percepção dos pais sobre a dor do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos. O estudo teve abordagem qualitativa, realizado com 39

³ Segundo Ferreira (2004) o termo pai é substantivo masculino. Significa homem que tem um ou mais filhos. O termo pais é substantivo masculino plural e também significa o pai e a mãe. Assim, neste trabalho, utilizarei o termo *pais homens* para designar pai no plural, buscando não haver confusão com o termo *pais* que quando utilizado se referirá a pai+mãe.

⁴ LEI Nº 11.770, DE 9 DE SETEMBRO DE 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

⁵ A licença paternidade é garantida pela Constituição Federal /88, no artigo 7º.

⁶ O TCC foi intitulado “A percepção dos pais sobre a dor do recém-nascido em procedimentos invasivos nas unidades neonatais” Um recorte desse estudo recebeu o prêmio: Rosângela da Silva Santos, em 3º lugar, na IX Semana Científica do Hospital Escola São Francisco de Assis / UFRJ e o trabalho na íntegra recebeu o Prêmio Dulce Neves da Rocha, em 2º lugar, oferecido pelo Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança / UFRJ.

mães e 06 pais de recém-nascidos internados nas unidades de terapia intensiva neonatal e nas unidades intermediárias de duas maternidades do município do Rio de Janeiro. (SOARES; CHRISTOFFEL, 2010)

Os resultados mostraram que os pais identificaram que seus filhos sentem dor e a reconhecem principalmente através do choro, mas também pela movimentação corporal e expressões faciais do bebê. Os pais indicaram os procedimentos invasivos como a principal fonte de dor na UTIN. (SOARES; CHRISTOFFEL, 2010)

Diante da dor, as mães relataram que buscavam aliviá-la fazendo carinho, conversando, cantando ou pegando no colo. Enquanto os pais homens da pesquisa, 6 (100%), como primeira atitude ao identificarem a dor, chamavam “alguém que saiba cuidar”, ou seja, solicitavam algum integrante da equipe de saúde (médico ou enfermeira). (SOARES; CHRISTOFFEL, 2010)

Chamar a equipe de saúde é uma atitude vinculada à sensação de incapacidade de cuidar e de aliviar a dor, que também se relaciona com o estado clínico do recém-nascido. Os pais homens entendem que não podem e não sabem aliviar a dor e cuidar de uma maneira satisfatória. Assim, temem a manipulação de seus recém-nascidos e não são capacitados para lidar com seu recém-nascido, com a dor e com a aparelhagem tecnológica da UTIN. (SOARES; CHRISTOFFEL, 2010)

Essa diferença de práticas diante da dor do recém-nascido, entre pais homens e mulheres me trouxe inquietação quanto às questões culturais que permeiam a presença e a participação do pai nos cuidados ao filho na UTIN.

Deeney et al (2009) relataram que os pais homens não se identificam como primeiros cuidadores de seus recém-nascidos na UTIN. Reconhecem o seu papel como de suporte à mulher.

Na infância, meninos aprendem que devem tomar decisões sem demonstrar fraquezas, reafirmando o papel de provedor do homem, para se tornar referencial de chefe de família e de pai, se constituindo modelo tradicional e hegemônico de paternidade, condicionado culturalmente pela sociedade. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Dessa forma, gênero se refere ao papel do homem e da mulher que é construído socialmente, como ocorre cada comportamento e ação para tornar-se mulher ou homem. Relaciona-se também ao modo como os papéis e modelos são internalizados, pensados e reforçados. (ECOS, 2001)

Dificuldades como a falta de ternura, falta de interação e cumplicidade com os filhos, provenientes do pai autoritário, com papel de provedor, distante emocionalmente, são

características desse modelo tradicional e hegemônico de paternidade. Essas características precisam ser ultrapassadas para se resgatar um homem voltado às questões da paternidade e cuidado aos filhos. (RIO DE JANEIRO, 2009)

No III Simpósio Paternidade, Singularidades e Políticas Públicas, promovido pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em agosto de 2010, foi possível refletir mais sobre as questões do pai homem e de sua participação nos cuidados aos seus filhos.

É preciso buscar uma nova forma de ser pai, avançando na superação do modelo hegemônico de paternidade para passar a vivenciar o ser pai como uma oportunidade de homens ampliarem suas dimensões internas e renovarem suas relações com a vida. A paternidade afetiva tem importante função no desenvolvimento físico, social e emocional dos filhos. Além disso, homens que se dedicam a relações de cuidado diminuem seu envolvimento com o uso e abuso de álcool e com a violência, contribuindo para o bem estar da família e da sociedade. (RIO DE JANEIRO, 2009)

O tema paternidade tem recebido menor ênfase quando comparado ao tema maternidade, ao longo dos anos. Quando se trata do pai com o prematuro, essa disparidade é ainda maior. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

A presença do pai nos serviços de saúde tem sido cada vez mais frequente. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006) As unidades de saúde podem contribuir para a modificação do modelo de pai, tornando-o mais afetuoso e participativo no cuidar. (RIO DE JANEIRO, 2009)

O desejo por um filho tem início na infância do homem, e a gestação de sua esposa apresenta-se como um período muito importante para a consolidação de sua identidade masculina. Durante a gestação, os pais planejam o período do nascimento e os primeiros contatos com o recém-nascido, sempre em um nascimento a termo e saudável. Quando o nascimento ocorre prematuramente, ele costuma ser inesperado. (BRASIL, 2011)

Dessa forma, os pais homens não costumam estar preparados para ver nascer um prematuro, necessitando de uma internação hospitalar de risco. Vem com isso, o sentimento de frustração decorrente também da separação entre mãe, pai e filho. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007; FRAGA et al, 2009)

Ter uma criança prematura requer maiores cuidados. Os pais necessitam de disponibilidade para estar com o bebê na maternidade e o nascimento pré-termo pode mudar toda a dinâmica da rotina familiar. Isso ocorre devido aos pais precisarem se dividir entre os cuidados com a família que por ventura tem outros filhos e no acompanhamento do recém-nascido. (SANTOS et al, 2007)

Na internação do prematuro, momento difícil na vida de seu pai, o apoio profissional, por meio de conversas, traz sentimentos de tranquilidade e segurança aos pais. As palavras de apoio e a interação dos profissionais de enfermagem com o pai são importantes para o cuidado do recém-nascido no momento da hospitalização. (FRAGA et al, 2009)

O vínculo afetivo entre pais e filhos na UTIN muitas vezes é comprometido. Esses laços afetivos são dificultados devido ao longo período de hospitalização, às rotinas da instituição e às condições de saúde do prematuro. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

A equipe de enfermagem necessita dar espaço e tempo para que os pais homens aprendam a lidar com suas emoções e com o novo integrante familiar. Deve fornecer também auxílio e estímulo para que ele constate suas capacidades no cuidado do bebê. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Santos e Bousso (2006) analisaram como o suporte social é percebido pelo pai durante a hospitalização do filho prematuro e da mulher na UTI. As autoras relataram que o pai deseja estar presente na hospitalização de seu filho e de sua mulher. Entretanto, questões de trabalho, a necessidade de suporte social, muitas vezes não satisfeita, e a falta de comunicação com profissionais de saúde diminuem a frequência do pai na UTIN. Assim, o acolhimento da família, em especial ao pai no período de internação é importante, buscando integrá-los ao ambiente da UTIN.

De acordo com Tronchin e Tsunechiro (2005), diversos estudos enfocam o vínculo materno com o recém-nascido nas unidades neonatais enquanto poucos estudos enfocam o vínculo paterno. As autoras revelam que o pai é excluído do cuidado, não recebendo a oportunidade de se interessar e sentir seu filho prematuro. O estudo de Gaiva e Scochi (2005) ressalta que o pai é pouco estimulado a cuidar de seu filho e permanece apenas auxiliando a mãe.

A prematuridade e o longo período de internação são fatores de risco para o abandono infantil. (FERNANDES et al, 2011) O prematuro tem até três vezes mais risco de sofrer violência e maus tratos na infância e adolescência. (MARTINS, 2010) São os efeitos em longo prazo da separação prolongada entre o prematuro e sua família e da dificuldade da criação de vínculo pais-bebê nesse período inicial da vida.

Nesse sentido, a dificuldade da ligação afetiva paterna é ainda maior quando esse pai é afastado dos cuidados físicos ao seu prematuro por uma questão cultural, no qual a mãe é a responsável por esses cuidados e o pai permanece muitas vezes restrito em suas ações. (RIO DE JANEIRO, 2009)

A assistência de enfermagem neonatal deve ser focada na criação de um ambiente favorável para o tratamento do prematuro, livre de estímulos danosos, que promova o desenvolvimento positivo do prematuro e minimize as consequências negativas da doença. Para isso, a presença dos pais é indispensável ao bom desenvolvimento do prematuro. (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010)

Assim, destaca-se a importância da assistência dos profissionais de saúde ao pai do prematuro, visando entender os fatores que facilitam e dificultam sua participação nos cuidados ao seu filho. (FRAGA *et al.*, 2009)

Dessa forma, elaborei as seguintes questões norteadoras: Quais os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? De que forma os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado podem influenciar as práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

1.1 Objeto do estudo

Diante do exposto, delimito como **objeto do estudo**: Os significados de ter um filho prematuro para pais homens.

1.2 Objetivos

Os objetivos deste estudo são: Descrever os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Analisar as perspectivas de mudanças sociais e cultural do pai inserido no cuidado a seu filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Discutir como os significados atribuídos pelo pai sobre seu filho prematuro internado influenciam as práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1.3 Justificativa e Relevância

1.3.1 Relevância Epidemiológica

Os avanços científicos e tecnológicos vem possibilitando a sobrevivência de prematuros com idade gestacional e peso cada vez menores, antes considerados inviáveis. A prematuridade é definida pela Organização Mundial da Saúde como nascimentos que ocorrem antes do termo, ou seja, com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação e peso fetal menor de 2500 gramas. (CARVALHO et al, 2009)

A cada ano, cerca de 15 milhões de bebês em todo o mundo, mais de 1 em cada 10 nascimentos são prematuros, afetando famílias em todo o mundo. Mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações de parto prematuro. Muitos sobreviventes enfrentam uma vida inteira de deficiência, incluindo dificuldades de aprendizagem problemas visuais e auditivos. (OMS, 2012) As taxas de parto pré-termo estão aumentando em quase todos os países.

A prematuridade é a segunda causa de morte em crianças abaixo de cinco anos, após pneumonia. O progresso global na redução da mortalidade infantil é o objetivo número 4 das Metas do Milênio da Organização das Nações Unidas, prevista para ser alcançada até 2015. Isso não pode ser atingido sem observar as questões do nascimento prematuro. (OMS, 2012)

O nascimento prematuro é um problema ignorado e negligenciado mundialmente e não se limita a países de baixa renda. Os Estados Unidos e o Brasil estão classificados entre os 10 países com o maior número de nascimentos prematuros. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de 12% dos bebês são pré-termo. (OMS, 2012)

No Brasil, 120.225 nascimentos de prematuros ocorreram em 2008. Isso representa uma alta taxa de 4% dos nascidos vivos. Enquanto no Estado do Rio de Janeiro, 5% dos nascidos vivos em 2008 eram prematuros, ou seja, 10.909 bebês. (DATASUS, 2010).

A etiologia da prematuridade é complexa. Envolve fatores sócio-econômicos; ambientais; características biológicas da mãe ao engravidar; idade materna ao engravidar (extremos de idade); história reprodutiva materna; condições da gestação. Também abrange questões psicossociais, condições de trabalho, frequência de atividade física; assistência ao pré-natal; intercorrências da gestação; características fetais; entre outros. (SILVA et al, 2009)

Os intervalos de tempo curtos entre os nascimentos, o peso pré-gravidez inadequado (baixo peso ou obesidade), doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, abuso de substâncias como tabaco, álcool e drogas, também são fatores de risco para o parto prematuro.

Entretanto, nos países ricos e pobres, muitos nascimentos prematuros permanecem inexplicados. (OMS, 2012)

Em países de alta renda, o aumento no número de nascimentos prematuros está relacionado ao número de mulheres que engravidam com idade mais avançada, com o aumento do uso de medicamentos para a fertilidade e resultantes também de gravidezes múltiplas. Em alguns países desenvolvidos e também no Brasil, induções ao parto medicamente desnecessárias e cesáreas eletivas, programadas antes de termo também aumentam o número de nascimentos prematuros. Em muitos países de baixa renda, as principais causas de nascimentos prematuros incluem as doenças infecciosas como a malária e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as elevadas taxas de gravidez de adolescentes. (OMS, 2012)

Diversos fatores dificultam a redução da frequência de nascimentos prematuros como o limitado conhecimento da etiologia do trabalho de parto prematuro e da ruptura prematura de membranas juntamente com a não intervenção precoce nos problemas maternos e fetais. (SILVA et al, 2009)

Uma excelente relação custo-benefício é a intervenção com o planejamento familiar, especialmente para adolescentes. Promover uma melhor nutrição, saúde ambiental e ocupacional e educação para as mulheres também são essenciais, pois meninos e homens, famílias e comunidades devem ser encorajados a se tornarem parceiros ativos nos cuidados. (OMS, 2012)

O relatório da Organização Mundial de Saúde “Born Too Soon” ressalta a importância de um forte programa de pesquisa para identificar fatores de risco de forma mais precisa e compreender como suas interações podem levar ao parto prematuro. Dessa maneira, formas mais definitivas podem ser encontradas, a fim de detectar e tratar as mulheres em risco, impedindo a ocorrência do problema. (OMS, 2012)

Dessa forma, no Brasil, a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), destaca o período perinatal e primeiro ano de vida como importante área de enfoque de pesquisas científicas. Ressalta a importância da condição de vida e do desenvolvimento da criança, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, biológicos, nutricionais e psicossociais.

Nesse âmbito, a assistência neonatal de qualidade é um importante preditor de menor mortalidade. É indiscutível que o avanço tecnológico ocorrido na UTIN nas últimas décadas traga benefícios para a sobrevivência do neonato, entretanto, traz com ele diversas consequências tais como internação prolongada, e um maior número de reinternações hospitalares.

Em 2009, ocorreram 579.532 internações, com média de permanência de 7,4 dias, entre crianças menores de 1 ano no Brasil. Apesar de ser um período necessário para a sobrevivência da criança enferma, a internação e o afastamento da família podem repercutir em todo o desenvolvimento dessa criança. (DATASUS, 2011)

No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 29.358 óbitos neonatais. No Sudeste, 10.214 e na cidade do Rio de Janeiro, 1.173 mortes de recém-nascidos. (DATASUS, 2011). As maiores prevalências das causas de mortalidade perinatal são asfixia intra-uterina, problemas respiratórios, baixo peso ao nascer, infecções e a prematuridade.

Recém-nascidos prematuros e de baixo peso compõem o grupo mais suscetível ao óbito, dentro da população neonatal. Apesar da redução da mortalidade dentro os recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso registrada em diversos países do mundo, o número de mortes ainda é preocupante. (CARNEIRO et al, 2012)

Entretanto, devido ao avanço nas técnicas neonatais, com o aumento da ventilação assistida e com o uso da terapia surfactante aumentaram as chances de sobrevivência dos bebês de baixa idade gestacional e baixo peso, principalmente aqueles menores de 1500 gramas e menores de 28 semanas. (BITTAR; ZUGAIB, 2009) Melhores índices de mortalidade são diretamente relacionados a melhorias da assistência e do acesso às Unidades Neonatais com tecnologia para suporte de vida nesse período. Entretanto, a prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. (CARNEIRO et al, 2012)

Os prematuros tem um risco elevado de morbidade e mortalidade devido ao seu desenvolvimento fetal incompleto e por possuírem maior suscetibilidade às infecções, agravadas pela manipulação excessiva e tempo de internação. (SILVA et al, 2009)

Quanto às causas de morbidade relacionadas à prematuridade podem ser: hipóxia, síndrome da angústia respiratória e lesões neurológicas com sequelas de várias ordens. (SPONG, 2007)

Algumas consequências que envolvem a morbidade do prematuro são interligadas às terapias utilizadas em tratamento intensivo neonatal. Podem ocorrer processos infecciosos, distúrbios respiratórios, surdez, cegueira, problemas do neurodesenvolvimento como dificuldades de aprendizagem, alterações de linguagem, problemas na concentração, hiperatividade, problemas na integração social e até problemas na saúde mental. (GLASS, 2006). Isso compromete a qualidade de vida da criança e das famílias. (GAÍVA & SCOCHI, 2005)

Uma em cada cinco crianças com retardo do desenvolvimento cognitivo, uma em cada três crianças com problemas visuais, e metade das crianças com paralisia cerebral são

prematuros. Já na fase adulta, pessoas que tiveram baixo peso ao nascer possuem maior risco de doença cardiovascular como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e hipertensão. (GRAY, INDURKHYA, MCCORMICK, 2004)

Em meio a esse processo, é importante destacar que uma ligação forte e segura com os pais tem função biológica protetora. A criança diminui seus fatores de estresse e com isso seus efeitos adversos. (BRASIL, 2011)

É importante ainda colocar que os processos de gestação, parto, interação após o nascimento são influenciados pela atitude do pai. O suporte emocional que o pai dá à sua companheira colabora para a boa adaptação à gestação. A presença do pai no momento do parto tem relação com menor uso de analgésicos no pós-parto e com vivências e lembranças positivas do momento do parto e nascimento. O aleitamento materno também é estimulado e mais eficaz de acordo com a influência paterna. (BRASIL, 2011)

1.3.2 Relevância Científica

Iniciei um levantamento bibliográfico em base de dados eletrônicos para aprofundar a temática e realizei a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a produção acadêmica e científica da área da saúde sobre os pais/homens que tem seus filhos internados em unidades de terapia intensiva neonatal?

A primeira base de dados utilizada foi o Catálogo de Pesquisa de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEEn /ABEn), o recorte temporal compreendeu todas as publicações disponíveis, ou seja, desde a primeira publicação que data de 1979 até 2012. Foram utilizados os assuntos: pai; pais; família e terapia intensiva neonatal.

Na base de dados do Portal de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES, realizei a busca com os assuntos: pai; pais; família; unidade de terapia intensiva neonatal. Utilizei recorte temporal de 1987 a 2012, buscando também compreender todas as publicações disponíveis.

Dessa forma, nas duas bases de dados, CEPEEn e CAPES, os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: estudos que abordassem a temática dos pais (pai e mãe, apenas pai ou família) na unidade de terapia intensiva neonatal; trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: ter apenas a palavra mãe no título e/ou no resumo.

No CEPEn/ABEn, após a leitura de 322 resumos encontrados, foram identificados 5 estudos que tem aproximação com a temática. Na CAPES, foram encontrados 108 resumos, dos quais 19 foram incluídos nos estudos e se relacionavam com a temática.

Do somatório das 24 produções acadêmicas, a saber, 5 do CEPEn e 19 da CAPES, 19 são dissertações e 5 são teses.

Após análise dos 24 estudos na íntegra, quanto às áreas da saúde, 15 autores são da área da enfermagem, seis da medicina, 2 da psicologia e 1 da fisioterapia. Destas, 22 tiveram abordagem qualitativa, uma com abordagem quantitativa e a outra quali-quantitativa.

Em relação à metodologia dos estudos qualitativos, foram identificados: Fenomenologia; Método Criativo Sensível; História de Vida; Estudo de Caso; Etnografia; Pesquisa-Ação; História Oral; Teoria das Representações Sociais; Teoria Fundamentada nos Dados.

Das 24 dissertações e teses, os que mais se aproximam da temática do pai na UTIN são as dissertações de Gomes (1993) e de Santos (2005) e tem destaque a seguir:

Gomes (1993) buscou investigar o significado, para os pais, de ter o filho na unidade de terapia intensiva neonatal. As entrevistas com os pais foram analisadas na perspectiva da fenomenologia. Os resultados apontam, que ter um filho na uti gera temor, dúvida, preocupação, revolta, culpa, esperança, aceitação e impotência. Com o progresso da saúde do recém-nascido, os pais deixam de percebê-lo como ser-doente e se veem felizes com o recém-nascido real.

O estudo de Santos (2005) buscou compreender como o suporte social é percebido por seis pais homens durante a hospitalização do recém-nascido e de sua mulher na UTI. Para isso, utilizou como referencial metodológico a história oral. Nos resultados, a autora descreve que foram poucos e escassos os mecanismos de suporte social identificados pelo pai. Os pais revelam seus esforços em se manterem fortes perante os outros. Colocam-se como protetores da mãe e do recém-nascido. Apesar de considerarem os profissionais dedicados e eficientes no cuidado direto ao bebê e à mulher, os pais identificam uma falta de apoio destes profissionais quando tem uma comunicação deficiente ou inexistente com eles.

Em um outro momento, realizei novo levantamento bibliográfico no Catálogo de Pesquisa de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEN /ABEn), com os assuntos: pai, paternidade, paterno e paterna.

Foram encontrados 18 estudos. Desses, cinco tratam do pai na sala de parto e a participação no momento de parturição; cinco abordam a paternidade na adolescência; dois buscam conhecer a influência do pai na amamentação; dois abordam o pai no pré-natal; dois

abordam a participação paterna na UTIN e o suporte social ao pai na UTIN; E outros dois buscam entender a experiência de ser pai de crianças a termo, sem nenhum cenário específico.

Destaca-se o estudo de Souza (2010), pela sua aproximação com a temática da presente pesquisa. Souza (2010) teve como objetivo conhecer a participação do pai durante a internação do filho na UTIN, a partir da história de vida do casal e analisar a participação do pai durante a internação do filho na UTIN a partir da visão de 11 casais. Os pais homens vivenciaram todo o processo de internação envolvidos pela ambivalência de sentimentos, em que predominam o medo e a esperança. Os pais homens sentiram-se capacitados para cuidar da criança e reconheceram obstáculos socioculturais para desempenhar seu papel de pai.

Após essa etapa de busca de teses e dissertações, foi realizado levantamento da produção científica, na forma de artigos científicos nos bancos de dados informatizados: LILACS; PUBMED; BDNF e SCOPUS. A busca ocorreu no período de março a abril de 2012, com os descritores em português e inglês: "Paternidade" Or "Pai" Or "Interação Pai-Filho" Or "Relação Pai-Filho" Or "Pais" And "Unidades De Terapia Intensiva" Or "Unidades De Terapia Intensiva Neonatal" Or "Unidades De Terapia Intensiva Para Recém-nascidos" respeitando as especificidades de cada base.

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática dos pais homens na unidade de terapia intensiva neonatal e artigos publicados na íntegra e disponíveis gratuitamente em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: abordar a temática da mãe ou da família na UTIN; artigos cuja temática abordasse outros cenários; estudos que somente disponibilizaram resumos; relatos de experiência devido ao baixo nível de evidência científica e teses e dissertações. Não se utilizou recorte temporal.

Foram encontrados nas bases: LILACS (16), BDNF (07), PUBMED (36) SCOPUS (66) um total de 125 artigos. Após a leitura aprofundada foram selecionados apenas 07 artigos que se relacionam com a temática e que auxiliaram na análise dos resultados da presente pesquisa.

A quantidade de trabalhos publicados sobre paternidade ainda é pequena. Pensando-se no pai no cenário da UTIN, é ainda menor. O estímulo aos estudos envolvendo a paternidade é importante para a compreensão das relações familiares no contexto da UTIN. É necessário uma mudança de atitude dos profissionais e apoio das instituições de saúde para a inserção do pai nas unidades neonatais.

1.4 Contribuições do Estudo

Para a assistência de enfermagem neonatal, o estudo visa a contribuir para a humanização do atendimento às famílias dos prematuros e, principalmente ao pai nas unidades de terapia intensivas neonatais assim como ao próprio prematuro. Destaca-se ainda a importância da equipe de saúde estimular a presença e a participação do cuidado paterno em prol do fortalecimento do vínculo pai-bebê, já que a presença da família é um direito do recém-nascido e o papel masculino na família vem se transformando.

Para o ensino, irá trazer uma melhor compreensão por parte de acadêmicos, docentes e profissionais de enfermagem, da importância do estímulo ao cuidado e responsabilidade do pai para com o prematuro internado em UTIN. Oferecerá subsídios para a humanização da assistência e a inclusão do pai ao se pensar em cuidados intensivos neonatais.

Para a pesquisa irá colaborar para o desenvolvimento de outros estudos acerca do cuidado paterno e da paternidade, questão fundamental para a compreensão das relações familiares e das condições de desenvolvimento infantil nas temáticas desenvolvidos pelo subgrupo enfermagem neonatal, coordenado pela profa. Marialda Moreira Christoffel, inserido Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança/NUPESC do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery e para diversas outras instituições. Atende também à Agenda de Prioridades da Pesquisa em Saúde já que essa destaca a importância da pesquisa no apoio das relações familiares envolvendo pai, paternidade e recém-nascido em diferentes contextos.

Para a instituição cenário da pesquisa, poderá contribuir dando bases teóricas e práticas para melhorias na qualidade da assistência ao pai na UTIN durante a internação, após a alta hospitalar e ao cuidado domiciliar. Também poderá colaborar com bases para que a instituição, assim como outras instituições da cidade do Rio de Janeiro, certifiquem-se como “unidade de saúde parceira do pai”.

No aspecto social, ao compreender a importância da significação do pai, cuidado paterno e a paternidade nas relações familiares no ambiente na UTIN, possibilita-se um direcionamento mais efetivo de ações para apoio e suporte ao pai nesse processo de parentalidade. Dessa forma, a pesquisa tem sua contribuição no estímulo ao envolvimento paterno, reduzindo os riscos intrínsecos da internação prolongada do prematuro, como a dificuldade de relacionamento paterno futuro.

No âmbito de políticas públicas de saúde ao recém-nascido, poderá somar com a política de humanização ao recém-nascido de baixo peso – método canguru e com as políticas

locais da cidade do Rio de Janeiro, de estímulo à paternidade afetiva, entretanto, possibilitando uma visão específica não somente do pai prematuro na UTI neonatal, mas na perspectiva ainda pouco abordada em grupos vulneráveis como recém-nascido de risco.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico está vinculado aos conceitos de parentalidade (BRASIL, 2011), ligação afetiva (BRASIL, 2011), paternidade e modelos de paternidade (OIBERMAN, 1994), envolvimento paterno (LAMB et al, 1985) e engrossment (GREENBERG & MORRIS, 1982), relacionados na construção do relacionamento e afetividade paterna com o recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal.

O estudo de psicologia e da psicanálise tem contribuído para compreender a importância do pai no desenvolvimento do recém-nascido prematuro dentro de um contexto histórico e sociocultural. (OIBERMAN, 1994) Essa compreensão torna-se fundamental não somente para a enfermagem, mas para todos os profissionais de saúde que atuam em unidades neonatais na medida em que ajudam a compreender os significados de ser pai de um prematuro e apoiar e estimular a presença e participação do pai na UTIN, afim de fortalecer o vínculo pai-prematuro.

Entende-se por **parentalidade** “o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade.” Seu início ocorre antes do momento da concepção. Passa pelo momento em que o casal está grávido, o nascimento e pós-parto, permanecendo por toda a vida. Modifica-se ao longo da vida devido às mudanças que envolvem a relação entre pais e filhos. (BRASIL, 2011).

Como **ligação afetiva**, conceitua-se que é um “relacionamento único entre duas pessoas, sendo ela específica e duradoura ao longo do tempo.” (BRASIL, 2011, pg 40)

Segundo Oiberman (1994), **paternidade** pode ser definida como o processo psico-afetivo pelo qual um homem realiza uma série de atividades no que tange conceber, proteger, prover e criar seus filhos, julgando importante e único seu papel no desenvolvimento infantil.

Existe o **modelo de paternidade hegemônica** ou tradicional que é centrado na figura masculina e tem rígidas distinções entre os papéis de cada sexo. Assim, a mulher permanece sendo dona de casa e responsável pelo cuidado aos filhos e é submissa e obediente à figura paterna. Em contrapartida, um novo modelo de paternidade surge após o movimento feminista e na sociedade pós moderna. É chamado **paternidade afetiva**, onde o pai tem um maior envolvimento afetivo com os filhos e com os cuidados e educação das crianças.(OIBERMAN, 1994)

Quanto ao **envolvimento paterno**, Lamb et al (1985) propõe uma definição que é amplamente aceita e utilizada em que existem três aspectos de avaliação do envolvimento paterno sendo: a interação, que relaciona-se ao contato direto com o filho em atividades e

cuidados; a acessibilidade, que entende-se pela disponibilidade de tempo e psicológica para o relação com a criança; e responsabilidade que diz respeito à providência de itens importantes para a criança como alimentação, roupas, dentre outros itens. Além disso, inclui a ansiedade, preocupação e planejamentos já característicos da parentalidade.

Greenberg e Morris (1982) identificaram um funcionamento especial do pai em que este estaria predisposto de forma inata para dedicar-se ao filho. Esse processo foi denominado *engrossment*, palavra que não tem tradução para o português. É definido como uma resposta que os pais sentem em relação ao seu recém-nascido pautada na absorção, preocupação e interesse inato para com a criança. Se desenvolve principalmente no momento do nascimento e quanto mais precoce é o contato entre pai e filho, mais cedo é liberado. Como características do *engrossment*, os autores destacam: manifestação de preocupação e interesse pelo bebê, intensa emoção diante do nascimento, perceber-se como pai e sentir-se absorvido pela presença do bebê.

2.1. Políticas Públicas, leis e movimentos sociopolíticos envolvendo a paternidade

A presença e participação do homem no ciclo gravídico puerperal, principalmente no parto, tem ganhado destaque internacional, desde 1994, quando ocorreu no Cairo, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), um dos maiores eventos sobre temas populacionais. Nesse evento, foi discutida a contribuição que o companheiro pode ter no período reprodutivo, inclusive podendo reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna. (NAÇÕES UNIDAS, 1995)

No relatório da conferência CIPD ficou estabelecido como ação dos países e dos órgãos responsáveis pela saúde, ter esforços especiais para dar ênfase à responsabilidade partilhada do homem e promover seu envolvimento de forma ativa na paternidade responsável, no comportamento sexual e reprodutivo, no planejamento familiar, pré-natal e cuidados com as crianças e com a mãe no período gravídico-puerperal. (NAÇÕES UNIDAS, 1995)

Também na Conferência Mundial sobre Mulheres em Bejing (1995) enfatizou-se a importância de se incluir os homens nos esforços de melhorar o status de mulheres. Como objetivo estabeleceu-se “Promover a equidade de gênero em todas as esferas da vida, incluindo família e comunidade, levando os homens a assumir sua parcela de responsabilidade por seu comportamento sexual e reprodutiva bem como por seus papéis sociais e familiares.” (ECOS, 2001)

Quanto a políticas públicas que envolvam o homem enquanto pai, em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decidiu dar maior ênfase nas necessidades dos homens, reconhecendo que muitas vezes não houve um olhar mais cuidadoso por parte dos programas sobre as questões de saúde para essa população. (ECOS, 2001)

Assim, no Brasil, em 2008, lançou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tendo como um dos principais objetivos promover ações de saúde que cooperem para o entendimento da realidade específica masculina, nos seus contextos socioculturais e político-econômicos, buscando melhorias das condições de saúde da população masculina no Brasil, reduzindo a morbidade e mortalidade mediante a redução dos fatores de risco e facilitação do acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

Um dos objetivos específicos dessa política nacional é de estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, estimulando a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento sexual e reprodutivo, incluindo a paternidade responsável. (BRASIL, 2008)

É preciso conscientizar a população masculina do dever e direito na participação no planejamento reprodutivo. Assim, a paternidade não deve ser entendida apenas como obrigação legal mas, acima disso, como um direito do pai de participar do processo gravídico-puerperal, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, o acompanhamento da gravidez do parto e do puerpério e a educação de seu filho. (BRASIL, 2008)

Na Cidade do Rio de Janeiro, desde 2002, a Prefeitura criou o Movimento pela Valorização da Paternidade que tem a intenção de implementar iniciativas em diferentes setores para ampliar o envolvimento dos homens no cuidado de seus filhos. Para isso, foi oficializado o mês de agosto como “Mês de Valorização da Paternidade”, através do Decreto Municipal nº24083 de 2 de abril de 2004.

Durante o mês de agosto, unidades de saúde, escolas e organizações que trabalhem com crianças, adolescentes e suas famílias, devem desenvolver atividades voltadas para o tema da paternidade e do envolvimento dos homens no cuidado com crianças e adolescentes.

A prefeitura tem implantado as *Unidades de Saúde Parceiras dos Pais*, realizando diversos eventos com lançamento de cartilha com orientações para profissionais de saúde e instituições promoverem e estimularem o envolvimento paterno. Algumas instituições já foram certificadas, principalmente unidades de atenção básica de saúde. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Para receber a certificação, as unidades de saúde precisam cumprir 10 recomendações, que são elas:

1. Promova junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados às masculinidades, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens.
2. Inclua os homens e pais nas rotinas dos serviços e convide-os para as consultas, exames e atividades de grupo relacionadas ao cuidado com seus filhos e parceiras, tais como contracepção e acompanhamento pediátrico.
3. Incentive a participação dos pais no pré-natal, parto e pós parto e dê a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical ou dar o primeiro banho. Divulgue o direito deles acompanharem o parto.
4. Facilite a presença dos pais nas enfermarias, acompanhando seus filhos internados.
5. Promova com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero.
6. Acolha os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.
7. Proponha adaptações no ambiente de modo a favorecer a presença dos homens, tais como cadeiras, camas, banheiros masculinos, divisórias, cartazes e revistas.
8. Dê visibilidade ao tema do cuidado paterno, incluindo-o nas diferentes atividades educativas realizadas pela unidade, como: contracepção, pré-natal, aleitamento, grupos de adolescentes, pais e idosos.
9. Ofereça horários alternativos, tais como sábados e terceiro turno, para consultas, atividades de grupo e visitas a enfermarias, a fim de facilitar a presença dos pais que trabalham.
10. Estabeleça parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.(RIO DE JANEIRO, 2009)

A certificação, além de ser oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), também é conferida pela Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuna), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) e da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), constituindo assim um grande desafio para o cuidado ao recém-nascido na perspectiva do paradigma humanístico: o estímulo ao envolvimento paterno.

No Brasil, existem algumas leis que envolvem o pai e o recém-nascido. Primeiramente, todo pai com vínculo empregatício tem direito a licença paternidade de 5 dias úteis. Esse direito é garantido pela Constituição Federal/88 no artigo 7º. (BRASIL, 1988) Existe atualmente um projeto de lei, PL 3935/2008, em processo de análise, que pretende

ampliar a licença paternidade para 15 dias. Isso facilitaria o envolvimento paterno e o auxílio à família nos primeiros dias de vida do recém-nascido.(BRASIL, 2008)

Quanto à possibilidade da participação do pai no momento do parto e nascimento, em 2005 foi aprovada a Lei do Acompanhante, de Nº 11.108, de âmbito nacional. Dá o direito à mulher de ter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esse acompanhante é de escolha da mulher, podendo ser o pai ou não.(BRASIL, 2005)

Em relação ao prematuro, está em tramitação o projeto de “lei do Prematuro”, PL 1164/2011. Visa garantir a extensão da licença maternidade para mães de prematuros, passando a ser contada apenas quando a criança atingisse 37 semanas de idade gestacional. Entretanto, esse projeto não fala sobre o benefício para os pais homens. O pai seria beneficiado apenas em caso de morte materna ou incapacidade de cuidar por doença grave. (BRASIL, 2011)

Os pais tem o direito de estarem presentes em tempo integral com a criança em caso de hospitalização, como ocorre com prematuros ou recém-nascidos doentes. Esse direito é garantido pelo Estatuto Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8.069/1990, artigo 12º estabelece que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”, desde a CF de 1988. (BRASIL, 1990)

No âmbito estadual, existe a Lei Nº 5831, de 28 de Outubro de 2010 que “dispõe sobre a fixação de aviso nos hospitais informando o direito do pai, mãe ou responsável permanecer com seu filho, em caso de internação hospitalar”.(RIO DE JANEIRO, 2010)

Mais recentemente foi decretada a portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Fala no artigo 3º do capítulo I sobre o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (BRASIL, 2012)

Internacionalmente, existe o Cuidado Centrado na Família (CCF), que, segundo a Association for Children’s Care é uma filosofia do cuidado que reconhece e respeita o papel central que a família exerce na vida do recém-nascido. (BUARQUE et al, 2006). Coloca as necessidades individuais do bebê no contexto da sua família e redefine a relação entre pais e cuidadores. Deve ser baseado em uma comunicação livre, ética e honesta entre pais e profissionais.

Há evidências de que o Cuidado Centrado Na Família, na UTIN, pode levar a diminuição do tempo de internação, menor número de readmissões, maior prevalência da

amamentação, redução do nível de stress dos pais, aumento da confiança e segurança dos pais após a alta, e satisfação pessoal maior. Além disso, a participação da família nos cuidados do filho leva a uma maior satisfação da família com a experiência de cuidados de saúde. (DUNN et al, 2006)

O compartilhamento de informações e colaboração são pedras angulares dos Cuidados Centrados na Família. Moldar a cultura de uma unidade, as políticas, programas e projeto de instalações bem como as interações do dia-a-dia entre profissionais e famílias são itens necessários para implementar esse tipo de modelo de cuidado. (SAUNDERS et al, 2003)

Os pais desempenham o papel central na prestação de cuidados na área emocional das crianças, nas necessidades físicas, sociais e de desenvolvimento. Entretanto, historicamente têm sido limitados em participar no cuidado de seus filhos na UTIN. (SAUNDERS et al, 2003)

Preconiza-se que a prática do cuidado clínico seja baseada no cuidado voltado para o desenvolvimento ou Método Canguru com objetivo de minimizar o estímulo nocivo, no entanto mais pesquisas são necessárias a fim de definir o cuidado amigo do cérebro que pode ser aplicado a diferentes populações de recém-nascidos. (ANAND et al, 2005).

Shelton et al (1987) descreve os principais componentes do cuidado centrado na família:

- (1) reconhecimento de que a família é a constante na vida da criança;
- (2) facilitar o trabalho e a colaboração entre profissionais de saúde e a família;
- (3) a partilha de informação imparcial e completa com os pais sobre os cuidados de seus filhos em uma base contínua de forma adequada e de apoio;
- (4) implementação de políticas e programas que são abrangentes e fornecem suporte emocional e financeiro para atender às necessidades das famílias;
- (5) o reconhecimento dos pontos fortes da família e individualidade e respeito pelos métodos diferentes de enfrentamento;
- (6) compreensão e incorporação das necessidades de desenvolvimento dos recém-nascidos e suas famílias em sistemas de saúde;
- (7) o incentivo e facilitação de apoio pais-para-pais;
- (8) garantia de sistemas de saúde com atendimento flexível, acessível e sensível às necessidades da família.

A prática do cuidado centrado na família não se limita a diretrizes específicas para a presença da família, mas exigem modificações vindas da liderança da organização de saúde.

A implementação desse tipo de cuidado exige mudanças nas crenças e cultura e no funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.2 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica. De acordo com Minayo (2011), a pesquisa qualitativa possibilita compreender uma realidade que não pode ser quantificada. Trabalha com os significados, experiências, aspirações, motivos, crenças, atitudes e valores, relacionados às relações humanas.

A etnografia tem como conceito central a cultura. Para Laplatine (2007, pg 120) a cultura : “é o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros.”

Assim, cada pessoa que cresce em uma sociedade passa por um processo de enculturação. Nesse processo, o indivíduo adquire progressivamente as lentes culturais de sua sociedade. Sem esse processo, não seria possível a coesão e continuidade dos grupos humanos. (HELMAN, 2009)

A abordagem etnográfica foi escolhida considerando que os pais homens de recém-nascidos prematuros constituem um grupo cultural que compartilha conhecimento, valores, símbolos e significados. Desde o nascimento, o homem é submerso em hábitos e costumes de sua comunidade e tem seu comportamento socialmente determinado, aprendido pelos ensinamentos recebidos. É o único ser vivo que possui cultura.

A abordagem etnográfica então provém de uma necessidade de entender os comportamentos humanos, que só podem ser devidamente compreendidos se tiver como base o contexto sócio-cultural onde eles atuam. (SOUSA; BARROSO 2008; VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000)

O processo da etnografia consiste em aprender com as pessoas mais do que estudá-las. É necessário colocar-se em posição de ignorância para assim entender o significado das ações e acontecimentos para os sujeitos do estudo. (SPRADLEY, 1980)

Assim, é preciso proteger-se do etnocentrismo que se refere à universalização dos próprios valores e cultura do pesquisador. É importante atentar para não avaliar a cultura estudada com base na própria cultura, tendo suas próprias normas e valores como referência e modelo social e cultural. (SILVA; PINTO, 1986). Ao etnocentrismo é atrelada uma postura de poder e domínio, com preconceitos, que faz perder o rigor científico da pesquisa.

Spradley (1980) diz ainda que o conhecimento das pessoas não pode ser observado diretamente. É através de inferência que o pesquisador pode entender além do que observa nos comportamentos e do que ouve, para assim encontrar os significados e conhecimentos das pessoas e do grupo estudado. Para inferir é necessário relacionar o raciocínio sobre o que é evidente o que se supõe.

O método clássico da etnografia está pautado no *olhar, ouvir e escrever*, essas são as três etapas da apreensão dos fenômenos sociais. O olhar e ouvir disciplinados e treinados são responsáveis pela percepção da realidade pelo pesquisador e são complementares, caracterizados como “muletas” que permitem caminhar na estrada do conhecimento. O escrever é responsável pelo exercício do pensamento do pesquisador, produzindo o discurso e a construção da teoria social. (OLIVEIRA, 2006)

2.3 O Trabalho de Campo

Durante o trabalho de campo, o pesquisador irá realizar o exercício de estranhamento consigo e com o outro, para que possa refletir com crítica sobre o universo cultural e apreender o significado cultural de um determinado evento (OLIVEIRA, 2006)

O trabalho de campo é a principal etapa do estudo etnográfico em que o pesquisador tenta compreender a teia de significados culturais tecidas pro esse estudo a fim de refletir e compreender suas ações.

O campo escolhido foi uma maternidade municipal da cidade do Rio de Janeiro. A escolha dessa maternidade teve como cerne o perfil da clientela da unidade, já que é especializada em atendimento de gestantes e recém-nascidos de alto risco. Essa instituição atende a lei do acompanhante, permitindo a presença do acompanhante da escolha da mulher no parto e nascimento. Nas unidades neonatais, a presença do pai junto ao recém-nascido internado também é permitida. É uma das instituições do Rio de Janeiro que está em processo de certificação para tornar-se Unidade de Saúde Parceira do Pai.

A Unidade Neonatal fica no segundo andar da maternidade e é composta pela UTIN, com 14 leitos e pela Unidade intermediária (UI), com 31 leitos oficialmente, porém, a capacidade máxima é de 41 leitos, sendo 6 desses pertencentes à Enfermaria Canguru⁷.

⁷ Enfermaria Canguru é uma unidade onde a mãe do prematuro pode permanecer 24 horas por dia com a criança em posição canguru, em contato pele-a-pele. (BRASIL, 2011). O pai também pode colocar o bebê em posição canguru, entretanto, não pode ficar nas 24h devido a rotinas da unidade.

Os **sujeitos da pesquisa** foram 22 pais homens de prematuros internados na UTIN. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os pais homens adolescentes menores de 18 anos de idade devido à necessidade de atender aos aspectos éticos de assinatura do termo de consentimento pelos responsáveis, segundo recomendações do comitê de ética em pesquisa. Cabe ressaltar que, se o prematuro já estivesse internado na UI, mas ficou um período na UTIN, o pai também se constituía sujeito da pesquisa.

Durante o **período de permanência no cenário**, a saber: de fevereiro a agosto de 2012, foi realizada aproximação com 25 pais que estiveram presentes nesse período. Entretanto, 3 pais recusaram participar da pesquisa, sendo realizadas entrevistas com 22 pais homens. Geralmente, fazia o convite para a participação do estudo após a visita e assim agendava um momento para a entrevista, que era realizada na própria maternidade.

2.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro / SMSDC-RJ sob o número 243/11(anexo A). Os aspectos legais foram respeitados, observando-se a Resolução 196/96 que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996)

Todos os participantes da pesquisa assinaram previamente o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A), sendo explicado verbalmente pela pesquisadora e entregue uma cópia deste termo ao entrevistado, onde constavam os dados dos pesquisadores e do comitê de ética para que entrasse em contato se julgasse necessário. A participação foi voluntária e a qualquer momento o sujeito poderia se recusar a responder qualquer pergunta ou até mesmo desistir de participar e retirar o consentimento, sem algum prejuízo.

Os profissionais de saúde e familiares integrantes do cenário de estudo, assinaram Termo de Autorização (apêndice B) e ficaram cientes de sua possível participação na observação participante realizada pela pesquisadora, como integrantes do meio social e cultural do sujeito da pesquisa, o pai.

Todo o material gerado durante a pesquisa (gravação de voz e diário de campo) ficará sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos, sendo destruído após esse período.

Como benefícios, a longo prazo, a pesquisa poderá auxiliar aos profissionais de saúde sobre a presença do pai na UTIN e apoio na interação e vínculo com seu filho prematuro. A pesquisa não teve custo para o sujeito ou quaisquer compensação financeira.

2.5 OLHAR...

A primeira experiência do pesquisador de campo está pautada no olhar. A domesticação teórica do olhar é um desafio. O olhar do pesquisador no campo sobre o objeto de estudo já é naturalmente alterado pelo seu próprio modo de visualizá-lo, através do esquema conceitual e teórico. (CARDOSO, 2006)

O trabalho de campo partiu da observação direta para a observação participante. Inicialmente, a observação direta compreendeu conhecer as unidades neonatais, suas rotinas e os integrantes do meio social.

A observação participante foi sistematizada pelo antropólogo Malinowski, quando pesquisava nativos na Oceania. Passando a ser visto como o principal meio de aferição da qualidade das etnografias. A etnografia, então, se preocupa em descrever práticas e saberes de sujeitos e grupos sociais. (CARDOSO, 2006)

Inicialmente para o trabalho de campo, após a liberação do comitê de ética, entrei em contato com o Centro de Estudos da maternidade, que me encaminhou à unidade neonatal e me apresentou à chefe de enfermagem. Expliquei sobre minha pesquisa e assim, ela me apresentou para a diarista coordenadora das Unidades Neonatais. Em seguida, fui apresentada a todas as equipes de enfermagem dos plantões diurnos. Assim, expliquei para as equipes de plantão os objetivos do estudo, quem eram os sujeitos e a necessidade de assinarem o termo de autorização de pesquisa, devido à observação participante, mesmo não sendo eles os sujeitos diretos da pesquisa.

As entrevistas ocorreram ao final do corredor da Unidade Intermediária, pois havia um banco de alvenaria (já que não existia uma sala específica para realizar entrevista). Esse local não se mostrou tão adequado por ficar próximo ao filtro de água, à sala da chefia e ao expurgo, com transito de pessoas, bem comobarulho de músicas tocadas no rádio e conversas altas. Entretanto, isso não chegou a inviabilizar ou trazer prejuízos sensíveis em nenhuma das entrevistas.

2.5.1 O cenário das unidades neonatais

As unidades neonatais estão localizadas no segundo andar da maternidade. Nesse andar, à esquerda também existe o Centro Cirúrgico. No primeiro corredor à direita, após as escadas e elevadores, existe o Banco de Leite, local que não tive acesso já que os pais homens não frequentavam esse ambiente e não era meu cenário de pesquisa. Ao final do corredor, após o Banco de Leite, encontra-se a UTIN. Ela possui uma ante-sala onde tem uma pia com

saboneteira e toalhas de papel para lavagem das mãos. Nessa ante-sala, também existe um quadro informativo direcionado aos pais com fotos e textos explicativos sobre as terapias comumente utilizadas nos bebês internados. Nesse local são armazenados materiais fora de uso como respiradores, bombas de seringa, berços e unidades de calor radiante (UCR). Deste modo, é dificultado o acesso à pia para lavagem das mãos, que fica no canto direito da ante-sala, assim como a visualização do quadro.

O posto de enfermagem da UTI é central, possibilitando boa visualização de todos os leitos e auxiliando inclusive minha observação participante. Dentro da UTI tem uma outra porta, no fim da unidade, de acesso restrito a funcionários, onde tem os banheiros e quartos de repouso da equipe (onde guardava meus pertences).

A UI é ligada à UTI por um longo corredor onde existem assentos e uma televisão, onde os pais permaneciam em alguns momentos. A UI também possui uma ante-sala, entretanto com dimensões menores, onde também tem uma pia com utensílios para higienização das mãos, dessa vez mais livre e acessível. O posto de enfermagem localiza-se logo em frente à porta, mas não é central, visto o número grande de leitos, como citado, 31. A UI então é separada por pequenos boxes e as mães podem permanecer em tempo integral, 24 horas por dia ao lado de cada leito. Para isso, existem poltronas que reclinam, fazendo camas ao lado das incubadoras, UCRs ou berços. A rouparia também disponibiliza cobertores e roupas de cama para as mães. O pai permanecia algumas vezes durante o dia, acompanhando a mãe.

Ao final do lado esquerdo da UI, separada por uma porta, está a Enfermaria Canguru, a qual também pode-se ter acesso pelo mesmo corredor principal, que liga a UTIN à UI. Nessa enfermaria canguru, a intenção é que as mães fiquem o maior tempo possível em contato pele-a-pele com o prematuro, atendendo ao manual técnico da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru. Também tem disponível as mesmas poltronas que se tornam camas ao lado de cada berço.

A escala de plantão da equipe de enfermagem é 12h por 60h de folga, portanto, são 3 grupos de plantões diurnos e 3 noturnos. A cada novo grupo, me apresentava e entregava para todos da equipe o termo de autorização, explicando a pesquisa e solicitando a assinatura.

Nas primeiras vezes em que fui ao cenário, busquei apreender as rotinas e a dinâmica do setor. Buscava também ganhar a confiança dos profissionais de saúde, para que minha presença fosse o mais natural possível para eles. Consegui estabelecer boas relações em relativamente pouco tempo. Embora não fossem meus sujeitos de pesquisa, fazem parte do cenário social e cultural e influenciam diretamente no meu sujeito de estudo e na minha coleta

de dados. Nesses primeiros dias, fazia também algumas observações e anotações no diário de campo sobre os pais homens no cenário, embora ainda não coletasse as entrevistas. Assim, permanecia cerca de 6 a 8 horas na unidade, chegando na parte da manhã e ficando até o meio ou o fim da tarde.

Posteriormente, comecei a perceber e também através de relatos da equipe de enfermagem, que o horário que os pais homens chegavam à unidade era no período da tarde e noite, pós saírem do trabalho. Assim, a cada dia de coleta de dados, chegava ao cenário por volta das 15h e saía às 19h30 ou 20h. (horário com maior presença de pais homens).

Na UTIN, a presença dos pais e mães não é livre, sendo o horário permitido de 08h00 às 20h00. Na UI ou na Enfermaria Canguru, a permanência da mãe é livre, mas a do pai continua restrita aos mesmos horários da UTIN. Questiono essa diferença aos enfermeiros e eles relataram que é para “não tirar a privacidade” das mães. Fui informada que, em condições especiais, como óbito materno ou doença grave da mãe, que impossibilite a permanência desta nas Unidades Neonatais, o pai recebe autorização para ficar 24h com seu filho. Todas as situações são avaliadas e autorizadas pelo Serviço Social.

Em diversos dias, tive dificuldades para encontrar o pai na unidade já que em alguns períodos, reduzia-se o número de prematuros internados na UTIN, sendo alguns leitos ocupados por internação prolongada de crianças com patologias crônicas.

Assim, algumas vezes encontrava a limitação de ter apenas 1 ou 2 prematuros internados que ainda não tivesse coletado a entrevista com o pai. Dessa forma, permaneci alguns curtos períodos, de cerca de 1 ou 2 semanas, sem ir à unidade para que ocorressem altas e novas internações.

Na UI, o número de prematuros era ainda menor. A maioria dos motivos de internação eram: desconforto respiratório, reinternação por pneumonia, icterícia, filhos de mães diabéticas, dentre outros, em sua maioria, crianças a termo. Na enfermaria canguru, com 6 leitos, todos eram prematuros, mas ficava com leito ocioso com uma média de 1 ou 2 dos leitos ocupados a cada período. Eram poucas as vezes que encontrava o pai nesse setor.

Quando chegava à UTIN e à UI, inicialmente, verificava nos prontuários, os recém-nascidos que eram prematuros, datas de nascimento, para identificar o pai - possível sujeito de pesquisa. Tive o cuidado de me aproximar do pai na primeira visita e nas visitas posteriores, marcava a entrevista. Na maior parte do tempo, permanecia no posto de enfermagem. Quando algum pai chegava à unidade e se dirigia a algum leito que eu já sabia ser de prematuro, observava-o por algum tempo, para em seguida fazer uma aproximação.

Buscava captar a atitude do pai junto ao recém-nascido, sua expressão corporal, e as relações entre a equipe de saúde e os pais homens, e também as mães.

2.6 OUVIR ...

Na visão etnográfica, a intenção é compreender o fenômeno estudado na visão do sujeito integrante do grupo cultural. Para isso, a entrevista é uma das principais ferramentas em busca das informações que o pesquisador deseja. (CAUHÉ, 1995)

A entrevista, nessa perspectiva, é uma conversa informal, amistosa e empática que ocorre entre o pesquisador e o sujeito. A interação deve ocorrer de forma natural. Nessa interação o ouvir é a prioridade, sendo mais importante que falar. (SPRADLEY, 1979)

No cenário da pesquisa, observava sempre o melhor momento de me aproximar daquele pai homem para, assim, explicar sobre a pesquisa e marcar a entrevista. Após cada entrevista, continuava a observação e as anotações no diário de campo.

Sempre que a mãe estava junto com o pai, dava a opção da mãe permanecer durante a entrevista, entretanto, deixando claro que a entrevista é direcionada ao pai e que ela não poderia interferir ou responder aos questionamentos. Algumas mulheres acompanhavam seus parceiros, outras preferiam ficar na UTIN ou ir para outro local.

Para *ouvir* os pais homens sujeitos desta pesquisa, foi realizada uma entrevista gravada em áudio MP3 tendo como base um roteiro semi-estruturado. (apêndice C)

2.7 ESCREVER...

Os estudos que utilizam a observação participante usualmente utilizam diários de campo para realizar seus registros. (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004) Dessa maneira, no presente estudo foi utilizado um diário de campo para anotação das impressões da pesquisadora quanto ao ambiente e seus atores envolvidos.

A anotação em diário de campo é um meio importante de ser utilizado no estudo com abordagem etnográfica. Deve abordar os registros do que o pesquisador observou e ouviu em seu campo de pesquisa. (BOGDAN; BIKLEN, 1982; TRIVIÑOS, 1992)

Durante a observação participante após o *olhar* do ambiente e dos atores, pude realizar as descrições de cada momento observado. Também preenchia, posteriormente à realização das entrevistas, o roteiro de coleta de dados do prontuário para obter informações sobre caracterização dos prematuros. (apêndice D)

A análise dos dados foi realizada pela **análise temática**, que dentre as várias técnicas de análise do conteúdo descritas por Minayo (2012), trabalha com significados em lugar de influências estatísticas. Ainda de acordo com Minayo (2012), o tema é a unidade de significação que provém do texto analisado que tem como base a teoria utilizada. Para fazer uma análise temática, é necessário descobrir os **núcleos de sentido** que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenha significado.

Para auxiliar na realização da análise temática, foi utilizado o software *Atlas.ti versão 6.0* que é um programa de análise qualitativa de dados, permitindo uma melhor organização e acesso aos dados gerados pela pesquisa. É uma ferramenta para análise qualitativa de grande volume de dados de texto e também de gráficos, áudios e vídeos. Fornece ferramentas para gerenciar, extrair, comparar, explorar e agregar fragmentos significantes de dados de forma flexível e sistemática.

O programa apresenta 4 princípios básicos: Visualização, Integração, Intuição e Exploração. Os conceitos chave são: Unidades Hermenêuticas, Documento Primário (corresponde às entrevistas transcritas), Códigos (correspondem aos núcleos de sentido da análise temática), famílias (são agrupamentos dos códigos que auxiliam na formação das unidades e subunidades temáticas) e Teias de Significados (que são visualizações em esquema das famílias com seus códigos). O Atlas.ti auxilia em atividades textuais, que inclui segmentação de arquivos de dados, codificação de passagens de texto e na atividade conceitual quando auxilia na construção de modelos tais como ligar códigos entre si. Vale destacar que a análise é atividade intelectual do pesquisador.

Para Minayo (2012), operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Essas etapas estão apresentadas articuladas ao passo a passo da utilização do software Atlas.ti.

1^a. A Pré-análise – que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. E podem ser divididas, para uma melhor compreensão, nas seguintes tarefas: leitura flutuante, Constituição do Corpus, Formulação de hipóteses e objetivos. Para essa etapa, as entrevistas, anotação do diário de campo e a observação participante foram transcritas na íntegra e realizado a leitura flutuante.

Para a utilização da constituição do corpus de cada entrevista transcrita, foi inserido e nomeado um arquivo e anexado ao programa *Atlas.ti* como um documento primário para a realização de uma leitura compreensiva e exploratória, conforme a Figura 1.

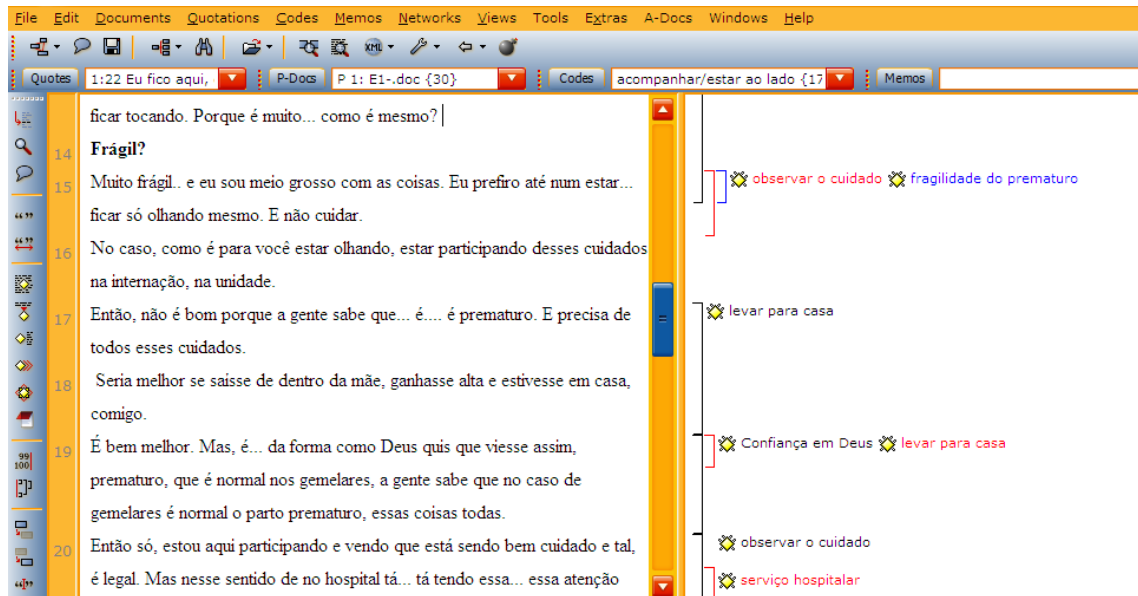


Figura 1. Análise de uma das entrevistas com codificação. Interface do software *Atlas.ti*. Na esquerda, o corpus da entrevista, na direita, os códigos e a seleção de trechos.

2ª. Exploração do material – consiste essencialmente na operação de codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, realizando a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

Nesse momento, a utilização do *Atlas.ti* foi de suma importância para a organização e agregação dos trechos de entrevistas em relação aos códigos. Isso aconteceu a partir do momento que o programa cria uma lista de códigos já atribuídos e permite que a um outro trecho de entrevista, seja atribuído o mesmo código. Também promove a visualização rápida de todos os trechos com o mesmo código.

A partir daí, criei frases que representassem cada fragmento das entrevistas. Essa análise gerou 270 **unidades de registro** descritas a seguir.

Posteriormente, a cada unidade de registro com sentido semelhante, seja da mesma entrevista, seja em outra, foi atribuído o mesmo **código**, já buscando a agregação dos dados. (Figura 2).

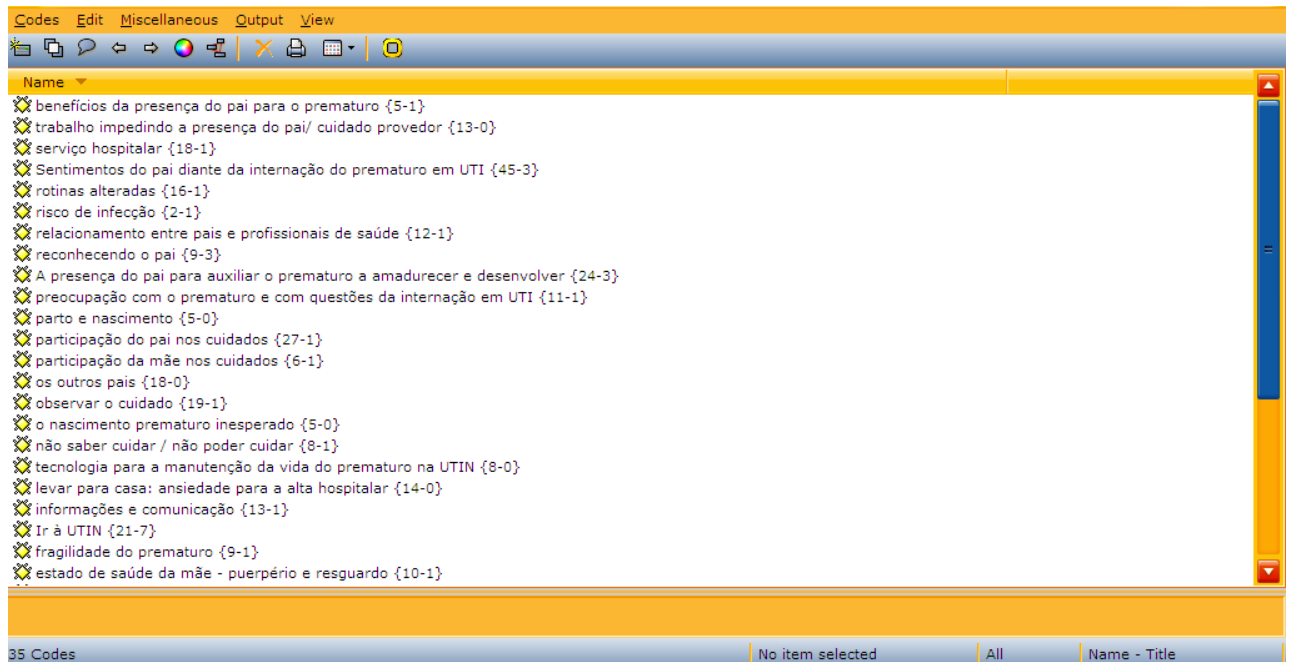


Figura 2. Lista de Códigos. Interface do software atlas.ti. Cada código tem ao lado o número de vezes que foi relacionado a algum trecho de entrevista e o número de relações estabelecidas entre os próprios códigos.

Após o término da recodificação de todas as entrevistas, foram criados no total 45 códigos. Após releitura, os códigos foram reagrupados, de acordo com a similaridade de sentido. Restaram então os 34 códigos, que correspondem aos **núcleos de sentido**, descritos abaixo com suas respectivas unidades de registro.

Códigos e Unidades de Registro

1. A gestação o planejamento do pai

- Eu falava e brincava com minha filha quando ainda estava na barriga.
- Já comprei uma mesinha para ficar trabalhando no quarto dela e assim ter mais contato.
- A gente tem o quarto dela montado e o enxoval todo comprado.
- Desde a gravidez que eu dizia que ia ser um pai presente.
- Preocupação com a saúde da mulher na gestação.

2. Parto e Nascimento

- Não pude assistir ao parto.
- O pai não foi avisado do momento do parto.
- Peregrinação da gestante.
- Falta de informação sobre o nascimento.

3. O Nascimento prematuro inesperado

- A gente nunca pensa que vai acontecer com a gente.
- A gente não espera.
- A gente pensa que ele vai ficar 9 meses e sair mais perfeito, mas acontece de nascer prematuro.

4. Deus e religião

- Deus quis que viesse assim, prematuro.
- Só Deus sabe a hora da morte
- Deus está cuidando do prematuro e ajudando em sua evolução clínica.
- Entregar nas mãos de Deus
- Deus está usando os profissionais que trabalham aqui.

5. Estado de saúde da mãe – puerpério e resguardo

- Mãe não tem condições de vir a UTI porque está com os pontos.
- Preocupação quando a mulher está internada
- É difícil e delicado ver minha esposa com a saúde debilitada.
- A mãe não pode ir à UTI sempre por causa do resguardo.
- Eu tenho que trazer e levar ela da UTI porque ela está no resguardo.
- Os pais podem cooperar mais porque a mãe passou por uma cesárea e precisa descansar.
- A mulher deveria estar descansando e não pode.
- O resguardo é essencial para a mulher.
- Se não cumprir o resguardo, os pontos podem abrir e ter que “fazer períneo”.

6. A preocupação com a mulher

- É desgastante pra ela.
- A mãe fica triste de deixar a criança sozinha.
- A mulher fica mais ansiosa.
- É tudo nas costas da mãe!
- A minha presença aqui é importante para minha esposa. Ela está aqui 24h.
- Sou obrigado a vir com ela porque ela está com saudade.
- Minha esposa fica desesperada.
- A presença dela é importante para a criança.

7. Rotinas Alteradas

- Atividades fora da UTI.
- Do ponto de vista prático, uma bagunça.
- Largar trabalho, desmarcar clientes.
- Desnorteadado com tudo que precisa resolver, os outros problemas.
- Tem que fazer as atividades da rotina e também tem que ir à UTI.

- Ser pai é ter mais uma atividade na vida. Nunca tive um filho.
- Experiência nova e aprendizado.

8. Preocupação com o prematuro e com questões da internação em UTIN

- Fico pensando se está tudo bem, se melhorou ou piorou.
- A preocupação é um probleminha que o pai passa mentalmente.
- Fico preocupadíssimo.
- Em termos de preocupação, é zero, porque o hospital é bom.
- Nunca ficar tranquilo em casa.
- A fase de preocupação já passou.
- Se o pai não for ver o filho todo dia, fica preocupado.
- Não dorme por causa da preocupação.

9. Aparência do prematuro

- A mãe falou que ele é muito magrinho.
- É muito pequenininho, dá nervoso.
- É muito prematuro, pequeno. Não está formado.

10. Fragilidade do prematuro

- É muito frágil e eu sou grosso.
- Tem que ter mais cuidado ainda, por ser prematuro.
- Pode ter complicação.

11. Sentimentos do pai diante da internação do prematuro em UTI

- É complicado. Parece que falta uma parte de mim.
- Não é fácil.
- Desgastante.
- Prazeroso.
- Muito difícil.
- Triste.
- Muito ruim.
- É muito bom cuidar do meu filho.
- A gente está segurando a barra, tranquilo.
- Não tem nada absurdo.
- Tem sido ótimo cuidar do prematuro.
- É difícil, mas vai superar.
- É uma situação delicada.
- Apavorante.
- É bem doloroso.
- Ser pai na UTI não é fácil!

12. Estado clínico do prematuro

- Está tudo bem. É só para pegar peso.
- Depende muito da condição de saúde do bebê internado.
- Aos olhos da gente, parece que está tudo bem.
- O desenvolvimento dele está bom.
- Acompanho cada grama de peso a mais.
- O problema é só o peso
- Está tudo bem. Agora é só pegar no peito.
- O bebê está reagindo bem. Já saiu do soro.
- A cada dia ele vai evoluindo.
- Só vai ficar um pouquinho para tomar antibiótico.
- Ver eles melhorando é muito bom.

13. Ambivalência de sentimentos do pai diante do prematuro e da internação em UTI

- Desgastante e prazeroso.
- É bom e ruim. Bom porque a criança está se recuperando. Ruim porque a mãe não a tem perto.
- É doloroso e árduo ter uma um filho na UTI, mas na medida que ele se desenvolve, surge alegria e felicidade.
- É complicado, mas ver o filho melhorando é bom.

14. Levar para casa: ansiedade pela alta hospitalar

- Seria melhor se saísse de dentro da mãe e tivesse alta e estivesse com o pai em casa.
- É difícil ver o filho sem poder levar para casa.
- Ver ele normal e poder levar para casa.
- Querer a criança em casa com a família.
- Expectativa de levar logo para casa.
- Ir para casa junto com a mãe.
- Quando for para casa será melhor.
- Desejar contato com a família e com a criança e não poder ter.

15. Procedimentos invasivos e dolorosos

- A médica pediu pra sair na hora de um procedimento invasivo. Ela fica nervosa com a minha presença.
- Só pergunto quando vejo que está machucando o bebê.
- Participo quando solicitado que eu segure o braço do bebê. (para punção venosa)
- As vezes está tirando sangue e eu ajudo, se ela fica se mexendo.
- Os pais procuram ficar calmos para não atrapalhar, principalmente em procedimentos invasivos.

16. Risco de Infecção

- Prefiro não colocar a mão nele para não dizerem que levei infecções.
- Não fico muito mexendo porque a mão tem sujeira e bactéria.

17. Relacionamento entre pais e profissionais de saúde

- O enfermeiro fala os melhores horários para conversar com o pediatra.
- A equipe de saúde é franca.
- Médicos e enfermeiros parecem estar fazendo algum tipo de favor.
- Antigamente, o pai não podia entrar na UTI.
- A equipe se acostuma com a rotina de cuidar de prematuros e “deixam pra lá” situações importantes.
- Tem muita gente grossa.
- Para lidar com criança você tem que ser paciente, com os pais, tem que ter paciência em dobro.
- Os pais estão sensíveis, precisam de atenção e cuidado.

18. Tecnologia para manutenção da vida do prematuro na UTIN

- Pelos avanços da UTI, a chance de morrer diminui.
- Pensando se a criança vai sair bem.
- Pensando que o bebê não vai mais reagir.
- Medo de perder o filho homem.
- A UTI tem recursos necessários para o bebê sobreviver.
- A gente não sabe se a criança vai ficar boa.
- Recursos necessários pra criança sobreviver.
- Tecnologia avançada.

19. Informações e comunicação

- Tem que perguntar pra ficar sabendo o que acontece.
- Só pergunto às vezes.
- Preciso saber o que está acontecendo aqui dentro.
- Recebo informações do pediatra.
- O enfermeiro também informa, dentro do que eles podem passar.
- Equipe tira dúvidas.
- Falta informação.
- A comunicação é complicada.
- Falta de informação da equipe com os pais.
- Falta comunicação e iniciativa da equipe para ir falar com os pais.
- Sou sempre eu que vou perguntar pros médicos e enfermeiros sobre meu filho.
- O outro médico não falou que a mãe poderia deixar o leite.
- Procuro saber sobre a criança.

20. O bom cuidado da equipe de saúde gera a evolução clínica do prematuro

- Se o pai chega no hospital e sempre vê melhora na condição de saúde do filho, é sinal de que está sendo bem cuidado
- Se tá dando jeito é porque está sendo bem tratado.

- Se tem piora clínica, o pai desconfia que não estão cuidando direito.
- Está desenvolvendo e crescendo, estão cuidando bem.

21. Cuidado dos profissionais ao prematuro e aos pais

- O pessoal está sempre ali olhando. Dão banho, trocam fralda.
- Aqui eles são excelentes profissionais.
- A equipe traz confiança.
- Tudo dentro do esperado.
- Funcionários ignorantes.
- O bebê está sendo bem cuidado.
- Bem cuidados pelos médicos e enfermeiros.
- Não tem do que reclamar.
- Não tenho do que falar deles.
- Enfermeiros e médicos dão atenção e tiram dúvidas.
- Bom acompanhamento.
- Eles trabalham muito bem.
- Enfermeiras tem delicadeza.
- Não pegam o bebê com cuidado e delicadeza.
- Não precisariam da minha ajuda se tivessem mais atenção.

22. Serviço hospitalar

- Estamos sendo muito bem tratados nesse hospital
- É o melhor hospital.
- Os pais recebendo bastante atenção.
- Não tem do que reclamar.
- Adorei o hospital e o atendimento
- Eu tinha uma imagem negativa do outro parto, mas o hospital nos surpreendeu.
- A parte profissional dos hospitais está muito caída.

23. Acompanhar e estar ao lado do filho

- A presença do pai é importante.
- Ficar com o prematuro e dizer que está do lado dele.
- Estar sempre ali é bom, dá prazer.
- Estar perto é bom.
- Esforço para estar com o prematuro.
- Chegar perto e ver reações comportamentais do prematuro.
- Eu sou presente. Sempre disse desde a gravidez que ia ser presente.

24. Ir à UTI neonatal

- Fico meia horinha, uma horinha.
- Eu não venho todo dia porque eu trabalho.

- Não dá pra vir sempre.
- Venho um dia sim, um dia não, para não prejudicar o trabalho.
- Venho todos os dias.
- Faço o esforço de vir aqui toda manhã para trazer ela.
- Passo aqui depois do trabalho e olho o bebê.
- Venho aqui de manhã, de tarde, de noite.
- Tem dia que fico 2h, tem dia que fico 10 min.
- Eu venho sempre.
- Só tem eu pra ficar aqui com meu filho.
- Só venho visitar mesmo.
- Os médicos precisam ver que a mãe e o pai se preocupam com a criança, isso faz eles reforçarem o cuidado.
- As médicas estão vendo que eu estou sempre ali.
- Se largar o bebê e não for visitar, deixar por conta do hospital, não vão cuidar.
- Os enfermeiros e médicos não fazem nada a mais ou a menos se os pais estiverem presentes ou não.
- Eles tratam mesmo na ausência dos pais.

25. O trabalho impedindo a presença do pai / cuidado provedor

- Licença paternidade de apenas 5 dias.
- Alguém tem que trabalhar, e essa é a parte do pai.

26. A presença do pai para auxiliar o prematuro amadurecer e desenvolver

- A presença do pai faz parecer que a criança amadurece mais rápido
- Faz bem pro prematuro a presença do pai.
- Encostar na criança e conversar de pai para filho faz desenvolver mais.
- Ter prejuízos no desenvolvimento por causa da internação.
- O contato com o pai e a mãe ajuda a criança a sair mais rápido da internação.

27. Reconhecendo o Pai

- É que um dia ele não vai poder falar mal do pai que não foi presente.
- Reconhecer o pai desde cedo.
- Vai saber quem é o pai desde cedo.
- Reconhece a voz do pai.
- Reconhece o pai. O bebê sente quando o pai está por perto ou não.
- O filho percebe a presença do pai.

28. Benefício para o pai na presença do filho

- Faz bem para o pai estar com o filho. A filha foi muito desejada.
- Ir à UTI traz confiança, segurança e tranquilidade.
- Se o pai não vai à UTI, fica angustiado.
- É bom ir ver o filho. E ver a evolução e ganho de peso.

29. Benefícios da presença do pai para o prematuro

- A criança fica mais confortável quando ouve a voz do pai.
- Sente falta do pai por perto.
- A presença do pai é mais importante para a criança do que para o pai.
- Dar apoio.
- É importante o calor do pai e da mãe.
- Ficar do lado da criança ajuda.
- A presença do pai é imprescindível para a criança
- Apoio moral
- Reações comportamentais da criança indicando que está reconhecendo o pai
- Conversar com ela é super importante.
- Para a criança é importante saber que tem alguém do lado dela.
- Ter contato com a criança e conversar faz bem pra ela.
- Responde aos estímulos do pai.
- Pra dar uma força.

30. Observar o cuidado

- Não participo dos cuidados. Só olhando.
- Prefiro só olhar e não cuidar.
- Participar só olhando.
- Só olhando, não faço muita pergunta não.
- Tanto o pai como a mãe participam do cuidado apenas olhando.
- Olhando, reparando, prestando atenção.
- Olhar é difícil.

31. Não saber cuidar/não pode cuidar

- Mesmo se tivesse carta branca para cuidar, ia precisar de aulas.
- Não sei cuidar.
- Não posso fazer nada aqui na UTI.
- A gente não faz muita coisa na UTI.
- Tenho medo de mexer nela. Nem abro a incubadora.
- A gente não pode ter contato. Não pode pegar no colo.
- Quando tiver contato corpo a corpo, filho, será melhor.
- Faz coisas simples, não sabe nada.
- Quer fazer alguma coisa e não poder. Mãos atadas.

32. Participação da mãe nos cuidados

- A mãe fica o tempo todo. Dá de mamar.
- Quem fica na UTI é a mãe.
- Quem faz o maior cuidado mesmo é a mãe.
- Quem participa mais é a mãe.

- Ela acompanha mais do que eu. Participa mais dos cuidados.

33. Ajuda no cuidado ao prematuro

- Ajudar no que for preciso na UTIN.
- Quando tiver alta, comprei uma mesinha pra ficar trabalhando no quarto dele, e ajudar a cuidar.
- Estar ao lado para ajudar.
- Ajudar a cuidar para ter mais contato.
- Venho na UTI, fico um pouco com a criança e a mãe descansa um pouco.
- Acompanhar para ajudar a equipe de saúde em procedimentos.
- O que eu posso, eu ajudo.
- Ajudar no cuidado porque a mãe está de resguardo.
- Impedido de ajudar porque a licença paternidade só dá 5 dias.
- Ajudar em qualquer coisa que pedirem.
- Poder fazer alguma coisa é bom.

34. Participação do pai nos cuidados

- Eu não participo dos cuidados.
- Não fico muito lá dentro.
- Na hora que está sendo cuidado, eu não estou perto.
- Quando a equipe está cuidando dele, se eu puder, ajudo.
- Troca fralda, dá leite, essas coisas assim
- Ajudar a pegar o peito, pegar no colo, conversar, brincar.
- Quando solicitado, ajuda em procedimentos invasivos.
- A equipe em si faz tudo.
- Ainda não peguei no colo.
- Eu participei olhando.
- Participando, cuidando, ajudando.
- Converso com ele.
- Participei consertando a balança da UTI que estava quebrada.

Após essa etapa, os códigos foram reagrupados em famílias. (Figura 3)

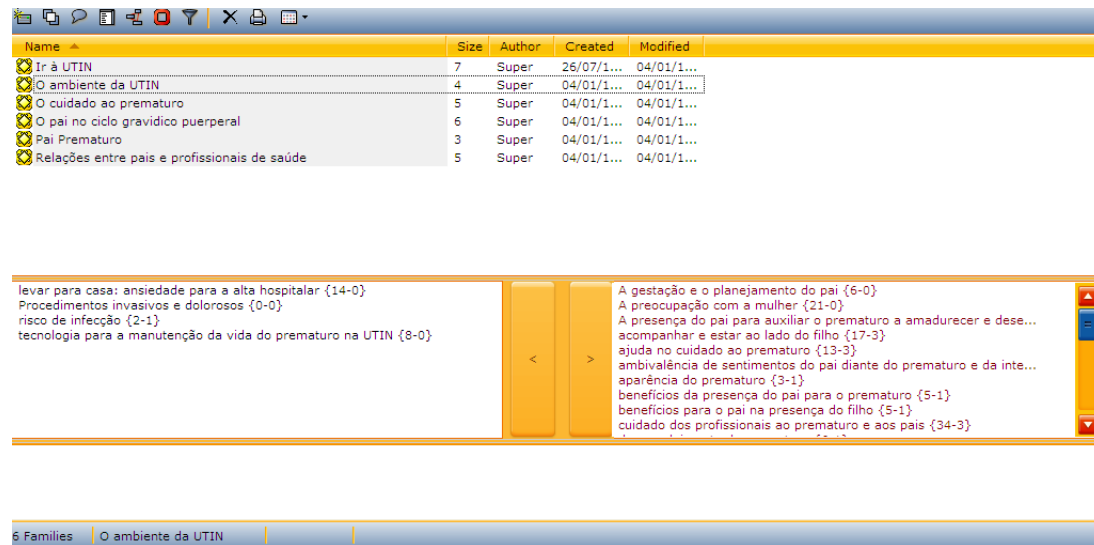


Figura 3. Formação de famílias. Interface do software atlas.ti. Acima, os nomes das famílias criadas, abaixo à direita uma lista com todos os códigos criados e à esquerda, os códigos selecionados para formar uma das famílias.

Assim, cada família de códigos pode ser representada em teias de significados. (Figuras 4 a 9)

Na 3ª. etapa da análise temática (Minayo, 2012) foi realizada o tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os resultados obtidos são submetidos à classificação e agregação e, a partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

A análise temática gerou três unidades temáticas com suas subunidades:

1. OS PAIS HOMENS DURANTE O PROCESSO REPRODUTIVO: A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE; 1.1 A gestação e o planejamento do pai: transição para a parentalidade; 1.2 Itinerário no momento do trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o serviço de saúde; 1.3 O período do resguardo: o pai e a preocupação com a mulher e com a ligação afetiva mãe-filho;

2. OS SIGNIFICADOS E RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA, PREMATURIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILITANDO A LIGAÇÃO AFETIVA PAI-FILHO; 2.1 O impacto de ter um filho prematuro: sentimentos, emoções e as alterações da rotina diária; 2.2 Construindo o

envolvimento paterno no ambiente da UTIN; 2.3 As relações entre pais homens e profissionais de saúde na UTIN: buscando informações e comunicação;

3 O CUIDADO AO PREMATURO NA UTIN NA PERSPECTIVA DOS PAIS HOMENS;3.1 Ir à UTIN e cuidar do prematuro: superando os obstáculos e revelando as motivações; 3.2 As práticas de cuidado na UTIN e o pai: da sensação de incapacidade de cuidar à participação em auxílio nos cuidados ao prematuro

Teias de Significados

As teias de significados são representações em esquemas das famílias de códigos gerados através do programa Atlas.ti.

Após cada código descrito, entre chaves, encontra-se o número de vezes que cada código foi relacionado a um trecho de entrevista, seguido do número de relações entre códigos realizados. As relações entre os códigos são dadas através de setas com descrições: “is associated with” = é associado com. “Is parto of” = faz parte de. “Is cause of” = é por causa de. “contradicts” = contradiz. As setas pontilhadas indicam as relações entre código e família que é iniciada sempre pela sigla CF:.

As teias de significados auxiliaram na organização dos resultados a serem analisados e na visualização mais ampla dos significados das falas. Assim, auxiliou na formação das unidades e subunidades temáticas. Ampliou o olhar da pesquisadora quanto aos significados atribuídos pelos pais homens das relações na UTIN, da paternidade e do prematuro.

Na teia de significados um (figura 4), existem as relações entre o planejamento da gestação e do nascimento do filho, com a preocupação do homem com a mulher geradora de seu filho. O momento do parto e nascimento que foi inesperado por ser prematuro. E a posterior preocupação com o estado de saúde da mulher após o parto e com a sua necessidade de repouso, cumprindo o resguardo.

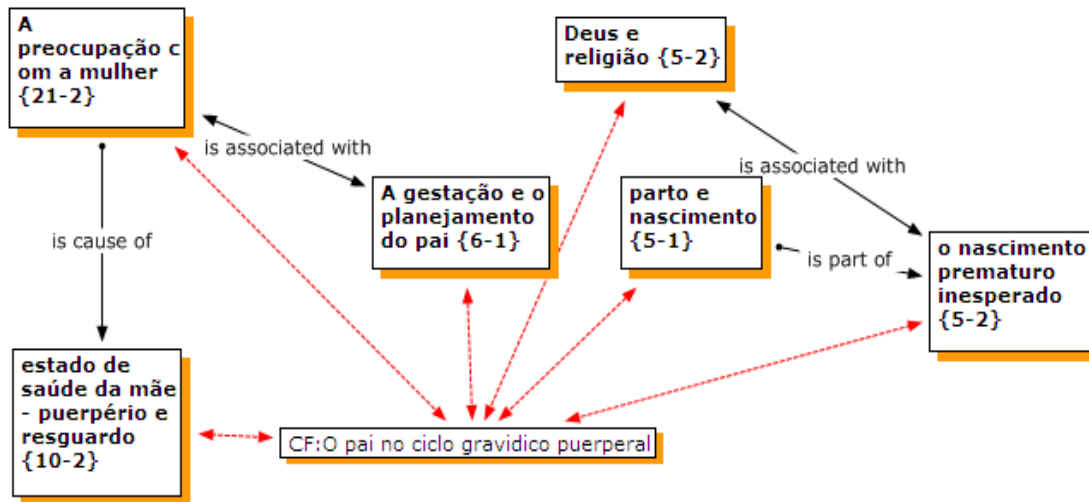


Figura 4. Teia de significados 1. O pai no ciclo gravídico puerperal.

Na teia de significados 2 (figura 5), os sentimentos do pai quanto ao filho prematuro, sua aparência e fragilidade são relatados. O homem se vê preocupado com seu filho. Entretanto, essa preocupação é amenizada a partir da evolução clínica do prematuro, dando lugar a sentimentos e emoções positivas e também ambivalentes como alegria, satisfação, mas também uma experiência dolorosa, ruim e desgastante, principalmente pelas alterações nas rotinas de vida. O homem nesse momento está também atarefado com a necessidade de retornar ao trabalho e ir à UTIN e também se responsabilizar por tarefas domésticas já que a mãe costuma permanecer mais tempo na UTIN, o que a impossibilita de realizar suas tarefas comuns.

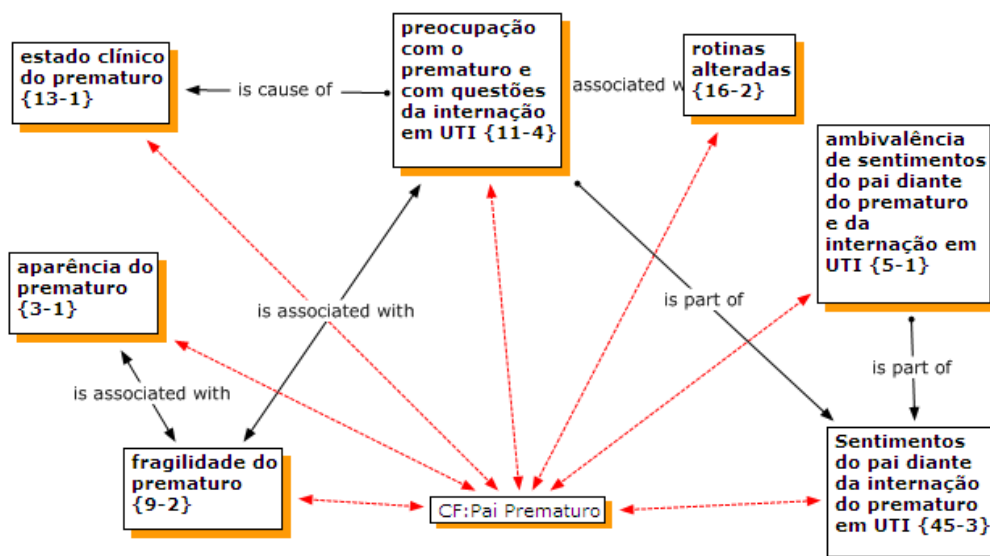


Figura 5. Teia de significados 2. O pai prematuro.

Na teia de significados 3 (figura 6), os pais ressaltam o ambiente da UTIN com a tecnologia avançada indispensável para manutenção da vida do prematuro. Relatam sobre a ansiedade de querer que o filho tenha alta e esteja em casa com a família. Apesar da boa tecnologia, o ambiente hospitalar é relacionado ao risco de infecções, e para a prevenção, alguns pais relatam que preferem não tocar seus prematuros. Diversos procedimentos invasivos e dolorosos ocorrem durante a internação em UTI, os pais falam sobre a participação e, às vezes sobre a proibição de permanecer junto ao filho nesses momentos.

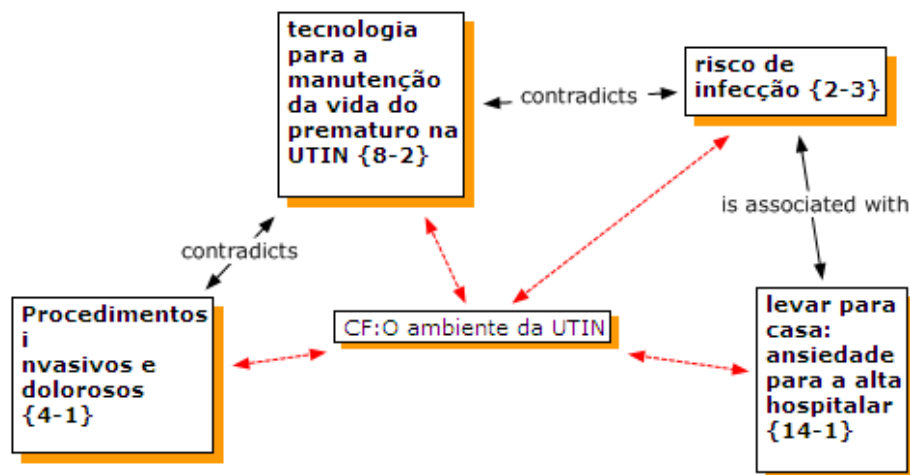


Figura 6. Teia de significados 3. O ambiente da UTIN.

Na teia de significados 4 (figura 7), está a dimensão do cuidado no hospital ao prematuro e aos pais, instituído de normas e rotinas das unidades neonatais e a inserção do pai homem. Nesse contexto, o homem busca informações e comunicação com os profissionais de saúde. Relacionam que, se a equipe de saúde cuida bem do prematuro, terá como resultado a evolução clínica com cada vez menor dependência de tecnologias para suporte a vida.

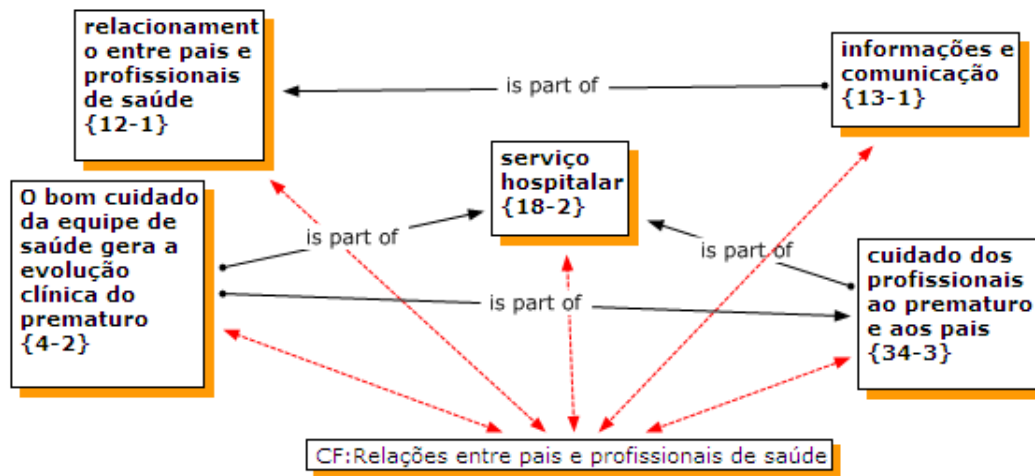


Figura 7. Teia de significados 4. Relações entre pais e profissionais de saúde.

Na teia de significados 5 (figura 8), os pais homens dão significado à sua presença na UTIN, ressaltando sua importância. Relatam que a presença do pai traz benefícios para o prematuro e também para o próprio pai. Encontram impedimentos para estar presente na UTI por consequência da necessidade de retornar ao trabalho.

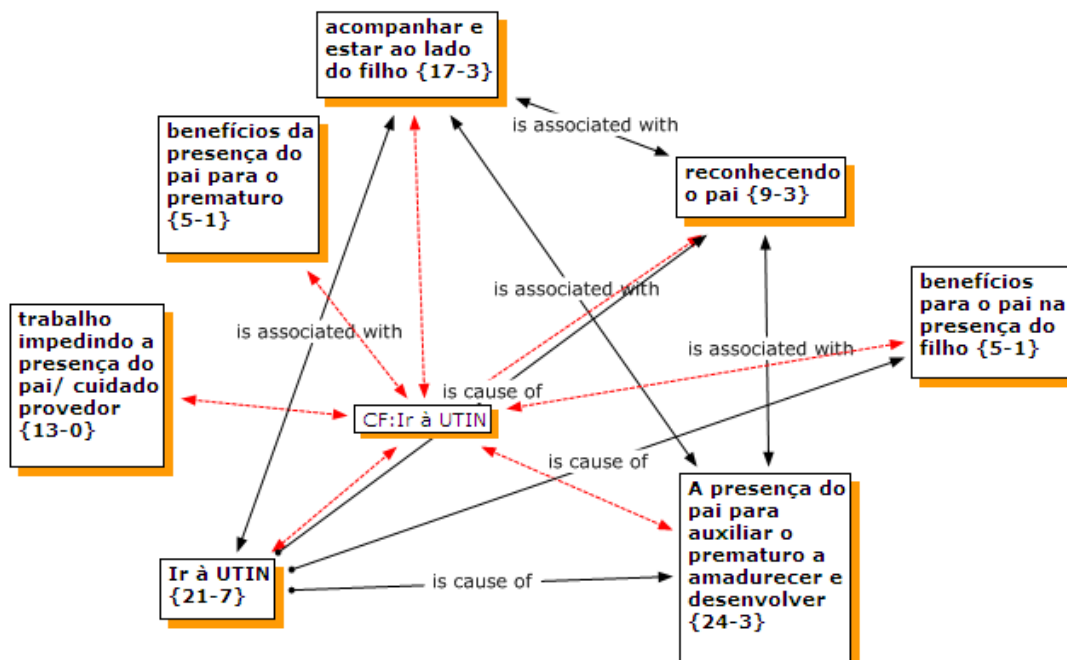


Figura 8. Teia de significados 5. Ir à UTIN.

Na teia de significados 6 (figura 9), está a dimensão do cuidado do pai ao prematuro. Eles permanecem observando o cuidado por sentirem-se incapazes ou por entenderem que não podem cuidar do filho na UTIN. Alguns entendem a observação como cuidado ao seu filho. Auxiliam a mãe em tarefas simples. A mãe permanece em papel central nos cuidados à criança.

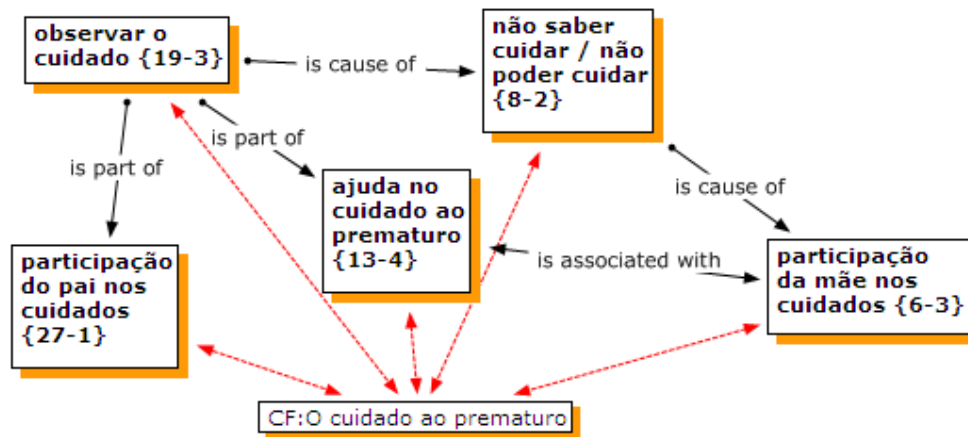


Figura 9. Teia de significados 6. O cuidado ao prematuro.

QUADRO I – UNIDADES E SUBUNIDADES TEMÁTICAS

Núcleos de Sentido	Unidades e Subunidades Temáticas
<p>A gestação o planejamento do pai</p> <p>Parto e Nascimento</p> <p>O Nascimento prematuro inesperado</p> <p>Deus e religião</p> <p>Estado de saúde da mãe – puerpério e resguardo</p> <p>A preocupação com a mulher</p>	<p>1. OS PAIS HOMENS DURANTE O PROCESSO REPRODUTIVO: A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE; A gestação e o planejamento do pai: transição para a parentalidade; Itinerário no momento do trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o serviço de saúde; O período do resguardo: o pai e a preocupação com a mulher e com a ligação afetiva mãe-filho;</p>
<p>Rotinas Alteradas</p> <p>Preocupação com o prematuro e com questões da internação em UTIN</p> <p>Aparência do prematuro</p> <p>Fragilidade do prematuro</p> <p>Sentimentos do pai diante da internação do prematuro em UTI</p> <p>Estado clínico do prematuro</p> <p>Ambivalência de sentimentos do pai diante do prematuro e da internação em UTI</p> <p>Levar para casa: ansiedade pela alta hospitalar</p> <p>Procedimentos invasivos e dolorosos</p> <p>Infecção</p> <p>Relacionamento entre pais e profissionais de saúde</p> <p>Tecnologia para manutenção da vida do prematuro na UTIN</p>	<p>2. OS SIGNIFICADOS E RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA, PREMATURIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILITANDO A LIGAÇÃO AFETIVA PAI-FILHO; O impacto de ter um filho prematuro: sentimentos, emoções e as alterações da rotina diária; Construindo o envolvimento paterno no ambiente da UTIN; As relações entre pais homens e profissionais de saúde na UTIN: buscando informações e comunicação;</p>

<p>Informações e comunicação</p> <p>Cuidado bom e melhora clínica</p> <p>Cuidado dos profissionais ao prematuro e aos pais</p> <p>Serviço hospitalar</p>	
<p>Acompanhar e estar ao lado do filho</p> <p>Ir à UTI neonatal</p> <p>O trabalho impedindo a presença do pai / cuidado provedor</p> <p>A presença do pai para auxiliar o prematuro amadurecer e desenvolver</p> <p>Reconhecendo o Pai</p> <p>Benefício para o pai na presença do filho</p> <p>Benefícios da presença do pai para o bebê</p> <p>Observar o cuidado</p> <p>Não saber cuidar/não pode cuidar</p> <p>Participação da mãe nos cuidados</p> <p>Ajuda no cuidado ao prematuro</p> <p>Participação do pai nos cuidados</p>	<p>3 O CUIDADO AO PREMATURO NA UTIN NA PERSPECTIVA DOS PAIS HOMENS; Ir à UTIN e cuidar do prematuro: superando os obstáculos e revelando as motivações; As práticas de cuidado na UTIN e o pai: da sensação de incapacidade de cuidar à participação em auxílio nos cuidados ao prematuro</p>

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos pais homens e seus filhos prematuros

No Quadro II, são apresentadas as características sociodemográficas dos pais homens, no quadro III, a caracterização dos prematuros internados, realizada através da análise dos prontuários.

Dos vinte e dois (22) pais entrevistados, dezoito (18) eram pais pela primeira vez e outros quatro (4) já tinham outros filhos, sendo dois (2) pais com um (1) filho cada um, um (1) pai com mais dois (2) filhos e um (1) pai com mais quatro (4) filhos além do prematuro internado. Desses pais com outros filhos, nenhum relatou que algum de seus outros filhos necessitou de internação logo após a ocasião do nascimento, sendo todos a termo.

O fato de nenhum dos pais homens terem vivenciado anteriormente a experiência de ter um filho prematuro em UTIN garante homogeneidade do grupo de sujeitos que estão apreendendo a lidar com o ambiente intensivista neonatal e a construção da paternidade nesse local.

A idade variou de 18 a 49 anos. Sendo a média de idades 27,5 anos. Quanto à religião, as mais prevalentes foram católica e evangélica, com oito (8) pais cada uma. Um (1) relatou ser espírita e cinco (5) relataram não ter religião.

Quanto ao estado civil, dezessete (17) pais relataram serem solteiros. Desses, quinze (15) referiram ter união estável com a mãe do prematuro. Um (1) relatou não ter mais relação com a mãe do prematuro e outro (1) relatou serem namorados.

Quanto a escolaridade, onze (11) pais tinham o Ensino Médio incompleto ou menor escolaridade. Seis (6) tinham concluído o Ensino médio. Apenas cinco (5) já frequentaram o Ensino Superior. Três (3) desses concluíram.

Blumenshine et al (2011) investigaram a relação entre o nível de escolaridade paterna e o parto prematuro na Califórnia. Encontraram que pais homens que não concluíram o ensino superior apresentaram maior risco para que sua companheira tenha um parto prematuro.

No presente estudo, seis (6) pais homens tinham apenas o Ensino Fundamental incompleto. Fator esse que pode contribuir para a dificuldade de apreensão da importância do acompanhamento pré-natal.

Os pais homens relataram ter diversas profissões/ocupações, com renda familiar variando de menos de 1 mil a 10 mil reais por mês, com média de 1 a 2 mil reais mensais.

Apenas seis (6) dos vinte e dois (22) pais não estavam empregados no momento da entrevista. Dois (2) por serem estudantes e os outros quatro (4) estavam desempregados, mas sem relação direta com a internação do prematuro.

Seis (6) pais relataram estarem afastados de seus empregos, buscando acompanhar a internação do prematuro. Um (1) desses era autônomo, facilitando assim sua organização do tempo e disponibilidade para ir ao hospital. Outro (1) pai estava de férias, outros quatro (4) estavam afastados alguns dias ou semanas, por acordo com a chefia de seus empregos.

Vinte (20) dos pais relataram ter acompanhado as consultas do pré-natal. Entretanto, não foi perguntado o número de consultas que cada pai frequentou.

Apesar da lei do acompanhante, que indica que a mulher pode escolher uma pessoa para acompanhá-la no momento do parto, isso ainda não é realidade na maioria das maternidades.

Assim, apenas dois (2) dos vinte e dois (22) pais assistiram ao parto, sendo o tipo de parto nesses dois casos, natural.

Dezoito (18) pais homens tinham seus prematuros internados na UTIN no momento da entrevista, enquanto quatro (4) estavam com seus prematuros na Unidade Intermediária. Vale ressaltar que todos os sujeitos do estudo vivenciaram a internação em UTIN, por mais que após algum período, a criança obtivesse transferência para a UI.

Três (3) pais homens tiveram filhos gemelares, assim, o número de prontuários analisados incluídos no estudo, referente aos prematuros foi vinte e cinco (25).

O número de gestações de gemelares tem crescido nas últimas décadas e isso se deve em parte ao maior acesso às técnicas de tratamento de infertilidade. A gestação de gemelares tem maior risco para parto prematuro e de baixo peso, hipertensão arterial e morte neonatal. (RODRIGUES et al, 2005)

Quinze (15) dos partos prematuros foram através de cesárea, enquanto dez (10) foram partos naturais. O estudo de Ramos e Cuman (2009) mostra, no Brasil, um elevado percentual de partos cesáreas no caso de prematuros. Atribuiu a isso o fato dos partos prematuros serem de risco por si só e que podem ter maior risco devido a outros fatores como idade materna avançada e gemelaridade, tendo indicação de intervenção através da cesárea.

Dessas crianças, quatorze (14) são do sexo masculino e onze (11) do sexo feminino. Dezoito (18) tinham prematuridade moderada, ou seja, entre 30 e 34 semanas de idade gestacional. Cinco (5) eram prematuros extremos, nascendo antes de completarem 30 semanas de idade gestacional. E dois (2) eram prematuros limítrofes, entre 35 e 36 semanas de idade gestacional.

Ramos e Cuman (2009), tendo avaliado 106 declarações de nascidos vivos prematuros, identificou que 74% dos nascidos tinham entre 32 a 36 semanas de idade gestacional; 20% com tempo de gestação de 28 a 31 semanas; e 6% com idade gestacional de 22 a 27 semanas.

Quanto ao peso ao nascer, a maioria dos prematuros, a saber, treze (13), são classificados como baixo peso, ou seja, nasceram com peso menor do que 2500g. Cinco (5) tinham menos de 1500g e outros cinco (5) eram de extremo baixo peso, com menos de 1000g. Dois (2) nasceram com peso adequado, com mais de 2500g.

Quanto ao tempo de internação até o momento da entrevista, o maior tempo foi de 1 mês e 2 semanas e o menor tempo, 1 dia. A média de tempo de internação foi de 10 dias até a data da entrevista.

QUADRO II. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS HOMENS

	Idade	Cor	Religião	Estado Civil	Relação com a mãe do prematuro	Escolaridade	Renda Familiar*	Profissão / ocupação	Está empregado?	Afastado do emprego ?	Assistiu Ao parto?	Acompanhou Consultas de pré-natal?
E1	35	Branca	Não tem	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Completo	1 mil	Vigilante Patrimonial	Não	Não	Não	Sim
E2	26	Preta	Católico	Solteiro	União Estável	Fundamental Completo	1200	Pizzaiolo	Sim	Não	Não	Sim
E3	30	Branca	Católico	Solteiro	União Estável	Superior Incompleto	De 7 a 10 mil	Programador e designer	Sim	Não	Não	Sim
E4	32	Parda	Católico	Solteiro	Sem Relação	Superior Incompleto	1200	Gerente de Restaurante	Não	Não	Não	Não
E5	22	Parda	Não tem	Solteiro	União Estável	Fundamental Incompleto	1200	Motorista	Sim	Não	Sim	Sim
E6	18	Preta	Católico	Solteiro	Namorados	Ensino Médio Incompleto	2000	Estudante	Não	-	Não	Sim
E7	26	Preta	Católico	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Completo	3 a 4 mil	Motociclista	Sim	Não	Não	Sim
E8	49	Branca	Evangélico	Casado	União	Fundamental	2 a 3 mil	Marceneiro	Sim	Sim	Não	Sim

					Estável	Incompleto		(autônomo)				
E9	21	Preta	Não Tem	Solteiro	União Estável	Fundamental Incompleto	900	Autônomo	Sim	Não	Não	Sim
E10	32	Parda	Espírita	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Completo	3 a 4 mil	Motorista	Sim	Não	Não	Sim
E11	39	Parda	Evangélico	Casado	Casado	Ensino Médio Completo	1800	Despachante	Sim	Não	Não	Sim
E12	28	Preta	Evangélico	Casado	Casado	Superior Completo	5 mil	Instrutor técnico de aeronave	Sim	Sim (férias)	Não	Sim
E13	20	Preta	Católico	Solteiro	União Estável	Fundamental Incompleto	700	Ajudante de Pedreiro	Sim	Não	Não	Sim
E14	27	Preta	Evangélico	Casado	Casado	Superior Completo	8 mil	Ator	Sim	Sim (1 semana)	Não	Sim
E15	24	Branca	Católico	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Incompleto	1500	Garçom	Sim	Sim (5 dias)	Sim	Sim
E16	18	Parda	Não Tem	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Incompleto	2 mil	Estudante	Não	-	Não	Sim
E17	22	Preta	Evangélico	Solteiro	União Estável	Fundamental Incompleto	1 salário mínimo	Auxiliar de Serviços Gerais	Não	Não	Não	Sim
E18	25	Parda	Evangélico	Casado	Casado	Superior Completo	5 mil	1º Tenente – Militar	Sim	Sim (2 semanas)	Não	Sim

E19	24	Parda	Não Tem	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Completo	1 a 2 mil	Taifeiro	Sim	Sim (folga)	Não	Sim
E20	32	Parda	Evangélico	Solteiro	União Estável	Fundamental Incompleto	720	Pedreiro	Não	-	Não	Não
E21	29	Branca	Católico	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Incompleto	1400	Garçom	Sim	Não	Não	Sim
E22	26	Preta	Católico	Solteiro	União Estável	Ensino Médio Completo	1200	Téc. Informática	Sim	Não	Não	Sim

*Salário mínimo vigente, no período, no Brasil: R\$622,00

QUADRO III- CARACTERIZAÇÃO DOS PREMATUROS INTERNADOS

		Local de Internação atual	Tipo de parto	Sexo	IG ao nascer	IG corrigida e atual	Peso ao nascer	Peso atual	Índice Apgar		Tempo de internação	Diagnósticos de Internação	Terapêutica e procedimentos utilizados
									1º Min	5º min			
E1	GI	UTI	Cesáreo	F	33S + 5d	33S+6d	1165g	1100g	9	9	7 dias	Prematuridade, gemelaridade e sofrimento fetal	SOG, HV, NPT.
	GII	UTI	Cesáreo	F			1300g	1230g	7	9			
E2		UTI	Cesáreo	M	34S+2d	34S+3d	1890g	1885g	9	9	1 dia	Prematuridade, desconforto respiratório, DHEG* materna.	TOT, CPAP, SOG, HV, NPT.
E3		UI	Cesáreo	M	34S	35S+2d	1885g	1920g	7	8	9 dias	Prematuridade, desconforto respiratório.	HV, antibioticoterapia, fototerapia, SOG, PICC
E4		UTI	Natural	F	31S+5d	Mais de 37S	1490g	2245g	5	8	1 mês e 2 semanas	Prematuridade, pneumonia, parada cardiorrespiratória	TOT, CPAP. Fototerapia, PICC, SOG, NPT
E5		UTI	Natural	M	26S	31S+2d	855g	1235g	3	6	1 mês e 1 semana	Prematuridade extrema	TOT, Cateter umbilical, CPAP, PICC, SOG, HOOD, NPT,

												HV.	
E6	UTI	Natural	M	34S+2d	34S+4d	2590g	2510g	5	7	2 dias	Prematuridade, desconforto respiratório	CPAP, HOOD, SOG, HV	
E7	UTI	Cesáreo	M	26S+6d	28S+6d	722g	746g	8	8	12 dias	Prematuridade extrema, desconforto respiratório, síndrome hellp**	TOT, SOG, NPT, PICC	
E8	GI	UTI	Natural	M	28S+4d	30S+3d	1195g	1050g	7	9	9 dias	Prematuridade	CPAP. HOOD, Fototerapia, SOG, Cateterismo Umbilical, NPT
	GII	UTI	Natural	M			925g	910g	8	9			
E9	UI	Cesáreo	F	32S+3d	32S+6d	1700g	1680g	5	9	3 dias	Prematuridade	SOG, HV.	
E10	UTI	Natural	F	30S+2d	31S+6d	1595g	1680g	8	9	12 dias	Prematuridade. Baixo peso.	SOG, NPT.	
E11	UTI	Cesáreo	M	32S+4d	32S+1d	1680g	1650g	8	9	8 dias	Prematuridade, desconforto respiratório.	TOT, NPT, SOG	
E12	UTI	Cesáreo	F	31S	31S+3d	935g	1010g	4	9	18 dias	Prematuridade, baixo peso, desconforto	TOT, NPT, SOG, PICC	

											respiratório, Sofrimento fetal.		
E13	UTI	Cesáreo	F	33S	36S+5d	2110g	2035g	6	7	4 dias	Desconforto respiratório, prematuridade	HOOD, fototerapia, SOG.	
E14	UTI	Cesáreo	F	34S+1d	35S+1d	1925g	1840g	6	7	7 dias	Prematuridade, desconforto respiratório	CPAP, SOG, fototerapia.	
E15	UTI	Natural	M	33S+1d	34S+2d	2185g	1950g	8	8	7 dias	Prematuridade, desconforto respiratório.	TOT, CPAP, SOG	
E16	GI	UI	Natural	M	34S+3d	35S+2d	1800g	1720g	7	9	6 dias	Prematuridade, desconforto respiratório, hipotonia	HOOD, SOG, CPAP
	GII	UI	Natural	M			1960g	1860g	8	9			
E17	UTI	Cesáreo	M	33S+6d	34S+3d	1960g	1820g	8	9	12 dias	Prematuridade	CPAP, SOG	
E18	UTI	Cesáreo	M	35S	35S+6d	1985g	1815g	7	8	6 dias	Prematuridade, desconforto respiratório	TOT, fototerapia, SOG, CPAP, HOOD	
E19	UTI	Cesáreo	F	26S	26S+6d	400g	400g	7	8	5 dias	Prematuridade extrema	TOT, cateter umbilical, NPT	

E20	UI	Cesáreo	F	36S+3d	36S+6d	2600g	2680g	8	9	6 dias	Prematuro limítrofe, desconforto respiratório	Fototerapia, SOG, HOOD
E21	UTI	Cesáreo	M	31S+5d	33S+3d	1375g	1278g	5	8	7 dias	Prematuridade, sífilis congênita	Antibioticoterapia , HV, SOG
E22	UTI	Natural	F	34S+6d	35S+1d	2190g	2100g	5	8	2 dias	Prematuridade, desconforto respiratório	HOOD, HV, NPT, SOG

Legenda:

***DHEG** – Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

****Síndrome Hellp** – é a doença hipertensiva da gestação mais grave e com maior letalidade para mãe e feto. É caracterizada por anemia hemolítica, alteração hepática e trombocitopenia. (OLIVEIRA, VASCONCELOS, 2006)

GI – Primeiro gemelar a nascer.

GII – Segundo gemelar a nascer.

Sexo – **F**= feminino; **M**= masculino.

IG – Idade gestacional. Ao nascer, a idade gestacional é calculada através da data da última menstruação ou através da primeira ultrassonografia e é acompanhada de acordo com semanas e dias. Após o nascimento é realizada a idade gestacional corrigida, através de testes físicos no recém-nascido. **S**= semanas e **d**= dias.

APGAR – O boletim apgar avalia os sinais de frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. É realizado no 1º e 5º minuto de vida. Avalia as condições de nascimento do bebê, apesar de não ser utilizado para indicar a necessidade de manobras e reanimação neonatal. (BRASIL, 2011)

Procedimentos Utilizados: Suporte ventilatório : TOT – tubo oro traqueal; CPAP – pressão de distensão contínua; HOOD – capacete acrílico que concentra oxigênio. SOG – sonda orogástrica para alimentação ou retirada de resíduo gástrico; HV – hidratação venosa; NPT – nutrição parenteral; PICC – catéter central de inserção periférica para administração venosa de medicamentos e hidratação; Cateterismo umbilical – acesso venoso central para administração de medicamentos e hidratação; fototerapia – foco de luz com a intenção de baixar níveis de bilirrubina altos, em caso de icterícia.

Nesse estudo emergiram três unidades temáticas e as respectivas subunidades que apresento a seguir:

3.2. OS PAIS HOMENS DURANTE O PROCESSO REPRODUTIVO: A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE

3.2.1 A gestação e o planejamento do pai: transição para a parentalidade

Essa subunidade aborda o pai durante a gravidez. Esse é um momento de grande expectativa para os pais homens com modificações emocionais e construção do papel de pai e da parentalidade.

A experiência de ter a companheira gerando um filho inaugura um momento importante no ciclo vital do homem. Surgem novas tarefas e papéis nesse período de preparação para o nascimento.

Nos depoimentos abaixo, os pais planejam como será o dia a dia com a criança, pensando na adaptação da rotina diária com esse novo integrante da família. Organizam infraestrutura no domicílio, com os utensílios necessários ao cuidado, construindo o ambiente para a chegada do recém-nascido.

A chegada de um bebê provoca diversas alterações em cada membro da família. A partir de então, precisam assumir novos papéis e responsabilidades com o filho, a casa e a família, o que gera incertezas. Dessa forma, a chegada de um filho envolve redefinições de papéis e reestruturação da família e de seus membros. (BRASIL, 2011; SILVA, 2007)

Os pais homens abaixo relatam sobre o planejamento e a preparação de infraestrutura no domicílio e sobre o planejamento em exercer o papel social de pai:

“Já comprei uma mesinha pra trazer o meu computador pro quarto dele. Aqui tá o berço e logo em frente tá a minha mesinha. E vou passar ali umas 5 horinhas trabalhando em casa. É claro que nem todo brasileiro tem essa dádiva de poder trabalhar em casa. Não pode fazer isso. Você faz um trabalhinho, para um pouquinho, olha a criança, pega no colo, dá um banho, dá um almoço. Volta pro trabalho” .(E3)

“A gente tem o quarto dela montado... a gente tem as coisas dela já comprada... tudo planejado já.[..] a gente desejava um filho. Ainda mais essa segunda, foi totalmente planejada e desejada” (E12)

“Eu sou presente! Eu sempre que, desde que a minha esposa engravidou eu falei que eu ia ser... é uma idéia minha: sempre vou ser um pai presente, no que eu puder estar presente.” (E15)

Todas essas mudanças com a gestação são vivenciadas de acordo com a cultura do grupo, o que determina como o bebê será cuidado e recebido na família. Assim, quando o pai recebe a notícia da gestação, sua atitude e planejamento estão intrinsecamente ligados ao que aprendeu em sua cultura. Então, no nível psíquico, a forma de cuidar, tocar e amamentar estão pré-estabelecidas culturalmente. (BRASIL, 2011)

As modificações psíquicas se iniciam antes da concepção, se intensificam na gestação e permanecem por toda a vida familiar. Dessa forma, os pais homens estão no processo de transição para a parentalidade. A gravidez é o período em que essa transição se intensifica para o tornar-se pai.

A transição da parentalidade é marcada pela modificação de “ser filho” para “ser pai”, passando a ser cuidador e responsável de um novo integrante da família. Ocorre uma intensa modificações das interações entre o casal, gerando espaço para essa inclusão do filho. (WALDOW, 2007)

Os cuidados parentais não são apenas físicos, mas também psíquicos. A parentalidade é a capacidade psicológica de exercer a atividade parental. (HOUZEL, 2004) O termo parentalidade foi mencionado pela primeira vez em 1961 pelo psicanalista Paul- Claude Racamier. Ele traduziu o termo inglês *motherhood* por *maternalidade*. Além disso, apresenta o neologismo *paternalidade*. (KRUEL; LOPES, 2012)

O homem passa por um processo de transformação em pai, o que poderia ser chamado de *paternagem*, a exemplo da mulher que passa por este mesmo processo durante sua gravidez, sendo denominado como *maternagem* na visão *winnicottiana*. (KRUEL & LOPES, 2012)

No âmbito psíquico dos pais, o bebê começa a existir muito antes da concepção. A partir do desejo que cada homem e cada mulher possuem desde sua infância de um dia formarem uma família. Esse é o chamado *bebê fantasmático*. Inconscientemente, ele acompanha a vida emocional interna de cada um dos pais, mas possibilita alguns arranjos quando de sua aproximação com experiências e vivências atuais e reais do casal com seu filho programado, ou já *intra-útero*, quando passa a ser conhecido como *bebê imaginário*. (BRASIL, 2011)

À medida que a gravidez transcorre e que o bebê *intraútero* se desenvolve, ele começa a ser pensado e imaginado por meio das representações pelo pai e mãe. As sensações que o

feto provoca contribuem para essa construção. As idéias que surgem sobre como será esse bebê, quais as características herdará do pai e quais receberão de herança materna, sejam físicas, comportamentais ou de temperamento, constituem a representação do bebê que está por vir. Assim, enquanto o bebê está sendo formado em sua estrutura biológica e corporal, também está sendo pensado quanto à sua individualidade e sua formação como sujeito. Esse é o bebê imaginado. (BRASIL, 2009)

Dessa forma, a interação com o bebê começa antes do nascimento. Os pais homens manifestam o desejo de ser conhecido pelo filho e da importância disso para a criança. A possibilidade de interação se dá pela conversa e toques com o feto intra-útero.

“É... desde que elas estavam na barriga da mãe, eu brincava muito com a barriga, então, eu falava, o jeito que eu falava com elas dentro da barriga, acho que elas ouviam, né. ouviam a mãe, o pai, junto... Mesmo... assim, são seres humanos. Já é... como é que eu vou dizer... Já é.. já é instinto da criança ouvir a voz do pai e da mãe e ficar mais a vontade. Do que não ouvir a voz de nenhuma dessas pessoas que são os pais e as mães. [...]É importantíssimo, vindo por esse lado aí de afinidade que as crianças estão tendo com pai e com a mãe, desde a gravidez.[...] Na barriga eu acariciava, beijava. Na barriga ela sentia que as meninas mexiam e tal” (E1)

Piccinini, et al (2004) verificaram que atualmente existe um grande envolvimento dos pais homens com seus filhos no período da gestação. O envolvimento se dá emocionalmente e em termos comportamentais. Isso expressa mudanças no processo da paternidade visto que o período da gestação é tradicionalmente restrito à mulher.

Entretanto, essa interação paterna na gestação e após o nascimento não ocorre com todos os pais. Alguns encontram problemas. Não é incomum observar resistências e dificuldades de interação e vínculo entre pai e bebê na gestação, assim como dificuldades na participação nos cuidados após o nascimento. (PICCININI et al, 2004) Nesse sentido, é fundamental o estímulo advindo do profissional de saúde no pré-natal, para uma boa interação. Estimular a presença do pai nas consultas e porventura nos exames de ultrassonografia é uma forma de promover o início da ligação afetiva pai-filho.

A gravidez também predispõe o homem a sentir medo e preocupação segundo Maldonado, Dickstein e Nahoum (2010). Entretanto, esses sentimentos podem ser positivos uma vez que se convertem em uma situação de maior cuidado com a mulher que está gerando seu filho.

O homem, nesse processo, costuma ter atitudes e comportamentos de cuidado com a gestante, visando seu bem-estar. Isso funciona como estratégia inicial para a consolidação da paternidade. Assim, velam pela saúde da gestante para que esta gere a prova de sua masculinidade, seu filho. (BRITO & TAVARES, 2011)

Sobre os cuidados com a gestante, o pai relata sua preocupação com o risco da gestação ter hipertensão, da mesma forma que ocorreu com a gestação anterior do casal:

“E eu falei com ela: filha, vamos medir a tua pressão, já que você está aqui mesmo, porque a gente vai pegar a estrada de novo né, a gente vai viajar na sexta feira, isso era uma quinta. [...] A gente tem aparelho em casa, ela estava tomando remédio, porque ela estava apresentando sinais de eclampsia já antes.” (E12)

O profissional de saúde deve identificar dificuldades na transição para a parentalidade nos pais para que realize intervenção específica, auxiliando-os através de diálogo, especialmente no caso de nascimento prematuro e necessidade de internação em UTIN.

3.2.2 O Itinerário no momento do trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o serviço de saúde

Esta subunidade aborda o itinerário do pai e da mãe no momento do trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o serviço de saúde.

O depoimento abaixo retrata o itinerário percorrido pelo pai no momento do trabalho de parto e o acolhimento da gestante no serviço de saúde:

“O caso dela foi meio estranho! Chegamos a ir no [Hospital]. Eram mais ou menos 11 horas; e chegou lá. Ela reclamou das dores, do que ela estava sentindo. E o médico chegou lá e disse que ela estava sentindo era só uma virose. Deu uma medicação lá, e voltamos.... Só que só depois de sair do hospital, a mãe ainda estava reclamando de dores. E eu perguntava se ela queria voltar. E ela não quis. Tudo bem, fomos para casa. Quando chegou 4h da manhã, ela não estava aguentando de dor. E voltamos ao hospital. Lembrando que eu moro em.... na época morávamos em colégio. Ali perto de Irajá. Aí tá. Mais uma vez fomos na emergência. [...] Eles falaram que esse hospital não pegava situação de risco. Dizendo que era um prematuro. Eles recusaram atender ela. E mesmo dizendo que se encontrava em dilatação. Mesmo assim saímos, ela passando mal.. e ainda consegui pegar um taxi e, devido a orientação do taxista, viemos parar aqui, na [no hospital cenário do estudo]. [...] Como eu estava fazendo extra de restaurante, cheguei a comunicar e a faltar. E como eu soube que ela estava sedada, o que que eu acreditei: ah, geralmente... se tiver alguma coisa, vai ser de tarde

para a noite. E eu fui trabalhar nesse dia! Eu saí daqui 9 e pouca, e por coincidência, umas 10H15, 10H30, parece que entrou em trabalho de parto. Uma coincidência! Eu soube depois, 1h da tarde”.(E4)

Casos como o relatado pelo pai, de peregrinação da gestante de alto risco, ainda são comuns na cidade do Rio de Janeiro.

Menezes et al (2006) avaliaram a dificuldade de acesso às maternidades no Município do Rio de Janeiro. Constataram que 1/3 das pacientes necessita ir a mais de um hospital, no momento do trabalho de parto, para conseguir atendimento. Também ressaltou que apenas 1/5 dessas parturientes foi transferida de ambulância, o restante das mulheres necessitou utilizar meios próprios. Em situação de urgência obstétrica e de gestação de risco, o tempo de deslocamento até a maternidade pode aumentar o risco de morte neonatal e materna.

Esses mesmos autores também ressaltam a necessidade de ampliação e melhor distribuição de serviços obstétricos e neonatais na cidade, melhorando o acesso às pacientes de alto e baixo risco. É importante pensar na necessidade de integração entre pré-natal e parto, assim como entre maternidade de baixo risco e maternidades de referência, garantido encaminhamento e transporte para as gestantes de risco. (MENEZES et al, 2006; MELO et al, 2007)

O baixo peso ao nascer foi associado à peregrinação da gestante. A gestante de alto risco peregrina em busca de vaga obstétrica, mas também em busca de serviços adequados de neonatologia, em uma unidade com disponibilidade de UTIN. (MENEZES et al, 2006)

Para a modificação dessa estrutura, melhorando a rede de atenção à parturiente e ao recém-nascido, em 2011, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho, foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Fundamentada nos princípios da humanização e assistência, busca a redução da peregrinação de gestantes entre as maternidades brasileiras. Um dos objetivos da portaria é organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha está no início de sua implantação. Portanto, ainda existem diversas dificuldades e desafios no atendimento e acesso da parturiente às maternidades. A esperança é que, paulatinamente, relatos como o desse pai sejam raros ou inexistentes. Essa situação de peregrinação traz preocupação com a saúde da mulher e do filho, gerando insegurança por parte dos pais. Sobre a Rede Cegonha e sobre o parto prematuro, o pai fala:

“E aí aqui a gente veio pra uma consulta do *cegonha*. Pra conhecer a maternidade, ganhar a bolsa, que é o projeto da prefeitura, projeto *cegonha carioca*. [...]E a gente vindo de viagem, ela veio pra cá... eu acompanhei ela na visita da maternidade, e tal... [...] Ela veio aqui, mediu a pressão lá embaixo e estava 17 por 13. Aí a enfermeira lá embaixo falou: você não vai embora não! Sobe que eu vou mandar te internar. Você tem que ficar internada então. Aí a gente voltou pra cá e ficou internada na quinta feira, dia 14. Na sexta feira dia 15, ela me ligou: amor, vem pra cá porque o médico vai tirar a bebê. Eu não entendi muito bem a maneira que ela [a mãe] falou, mas foi somente isso. O obstetra me explicou: eles tiveram que interromper a gestação porque a pressão da minha esposa estava muito alta. Então o fluxo sanguíneo dela estava muito grande e pro cordão umbilical já não estava passando nutriente nenhum. Estava acontecendo o que ocorreu na primeira gravidez. Então eles pegaram e interromperam a gestação.”(E12)

Na ocasião do parto prematuro, a situação não é planejada e comumente ocorre em caráter de urgência. Dessa forma, a presença do pai no momento do parto e nascimento nem sempre é viável.

No caso de necessidade de indução do parto, o Manual Técnico do Ministério da Saúde de gestação de alto risco recomenda que a mulher, acompanhante e familiares devem receber orientações detalhadas sobre o parto antecipado, sobre o processo de indução, as indicações e riscos. (BRASIL, 2010a)

Assim, se não foi possível ter o pai no momento do parto e nascimento devido a urgência ou outro fator, a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa ser responsável por fornecer a informação ao pai e aos familiares sobre o evento.

Os pais homens relataram a não comunicação por parte dos profissionais de saúde do nascimento do filho tão esperado:

“Não assisti ao parto porque houve algum problema aí que não deu. Eu pedi pra ligar. E ela subiu. Ai ela falou: alguém vai te avisar lá embaixo. E eu fiquei perguntando, perguntando, perguntando. E na hora que eu perguntei de novo a recepcionista, ela disse: ah, já foi pra mesa de parto, já nasceu já... Poo! Que consideração que tem com o pai! (E20)

“Quanto a parte do parto aqui, eu fui saber só 8h30 da manhã que meu filho tinha nascido! E meu filho nasceu 6h42 da manhã! Não mandaram ninguém pra me avisar! Como pode? Fiquei num estado assim, extremamente estressado... porque é meu filho! Eu queria ter assistido o parto! Tudo bem, não deu tempo, foi emergência, beleza, mas me avisa! Não mandaram ninguém, não mandaram enfermeiro, não mandaram médico, não mandaram ninguém pra me avisar, entendeu? E isso deixa qualquer pessoa chateada. Você entende? Eu falei algumas coisas pra diretora, pra algumas pessoas, por estar no meu direito! Né? (E18)

É importante o acolhimento e a garantia do acesso do pai ao parto se for de consentimento da mulher. Para isso, todos os profissionais de saúde da instituição devem estar engajados em permitir o acesso do pai, assim como de estimulá-lo a participar, conversando sobre medos e temores do parto. Essa garantia faz parte da humanização do parto e nascimento.

Modificações na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras são necessárias. Para isso, o Ministério da Saúde publicou desde 2001 manual de assistência humanizada ao parto que define:

Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos. (BRASIL, 2001, pg.38)

Em 2005, foi aprovada a Lei do Acompanhante, de Nº 11.108, de âmbito nacional. Garante à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esse acompanhante é de escolha da mulher. Assim, essa mulher tem o direito de escolher entre o pai da criança ou qualquer outra pessoa que ofereça segurança e conforto nesse momento importante de sua vida. (BRASIL, 2005)

É importante acolher o acompanhante de escolha da mulher, sem restrições ou obstáculos à sua presença e participação no momento do parto e nascimento. Também pode ser estimulado que o acompanhante seja o pai, relatando a importância para o casal e para o próprio pai. Entretanto, permitindo a possibilidade de escolha para a mulher. Segundo Brasil (2006), gestantes que tem um acompanhante no trabalho de parto e parto, tem mais confiança e segurança, diminuem a necessidade de uso de medicações para alívio da dor e reduzem a duração do trabalho de parto.

Sobre o acolhimento, a política nacional de humanização (BRASIL, 2010b) define:

Acolhimento: orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas. (BRASIL, 2010b)

O parto é um momento cheio de significações para o homem. A presença do pai no momento do parto melhora a interação dele com a companheira uma vez que é entendida como desejo de proteção e cuidado da parturiente. (PERDOMINI, BONILHA, 2011)

No aspecto da humanização da assistência, o homem vem sendo considerado ator principal na condução ao parto. A presença dele reflete no relacionamento futuro com a companheira e seu filho, permitindo uma transição para a parentalidade de maneira mais facilitada. (CARVALHO; BRITO, 2011)

A presença do pai no momento nascimento é importante principalmente para o vínculo com criança. O processo de *engrossment* é liberado a partir do nascimento e assim que ocorre o contato entre pai e filho. No *engrossment*, o pai se conscientiza da existência do filho enquanto indivíduo e deseja o contato físico com o bebê; observa as características físicas e vivencia a paternidade como momento de alegria, aumentando sua auto estima e capacidade de cuidar do filho. (GREENBERG; MORRIS ,1982; OIBERMAN,1994)

Perdomin e Bonilha (2011), ao realizarem estudo com pais homens acompanhantes da mulher no parto, identificaram que os pais afirmam que foi importante estarem presentes nos primeiros momentos da vida do filho e sentiram-se satisfeitos em pegar o bebê no colo e ouvir seu choro. Emocionavam-se diante do nascimento e evidenciaram o vínculo pai-bebê.

Assim, a presença do pai no parto, acompanhado pela equipe de saúde, sendo bem orientado e acolhido, pode favorecer o relacionamento futuro com seu filho. Apesar de existirem diversos estudos sobre o pai no processo de parturição e nascimento (PERDOMINI; BONILHA, 2011, CARVALHO; BRITO, 2008; ESPIRITO SANTO; BONILHA, 2000), não foram encontrados estudos que trouxessem a presença do pai no parto prematuro.

Os cuidados de enfermagem nesse período são necessários visando minimizar as ansiedades do casal para que esse momento seja motivo de contentamento, alegria e satisfação e não apenas de ameaça, insegurança e temor da morte da mãe ou da criança. Para isso, a comunicação e a oferta de informações são imprescindíveis para que esse cuidado de enfermagem seja efetivo.

Quando ocorre o nascimento prematuro, os pais identificam como um momento inesperado. O planejamento feito durante a gestação se modifica e os pais homens passam por um momento de frustração:

“Geralmente, sempre esperamos... é..assim, tudo normal.. nove meses... aquela fantasia normal de todo mundo né. Mas quando é aquela coisa prematura, precoce, é, o que a gente planejava, vem tudo antecipado... é aquela adrenalina né. é tudo assim.. pá! nada do que tava programado.” (E4)

“Não era pra ter sido dela vir antes... [...] Aí é ruim. Queria que viesse de nove meses certinho.” (E19)

“Então, no momento agora está tudo ocorrendo conforme eu planejei. Tudo dando certo... eu só não planejei ele estar aqui. [na UTIN]” (E15)

“A gente nunca pensa que vai acontecer com a gente mesmo. A gente sabe o que ele está passando... por mais que a gente queira que ele estivesse em casa com a gente... tem que aceitar isso.”(E5)

“A gente não imagina que vai acontecer com a gente. Entendeu? É... sei lá... é triste também.” (E6)

“A gente nunca espera né... Foi tudo uma novidade.” (E21)

Rodrigues e Moreira (2012) ao buscarem compreender a experiência de se tornar pai na UTI, revelam em seu estudo que a interrupção prematura da gestação foi um evento inesperado, imprevisto e difícil. Uma experiência que os pais não imaginavam que viveriam. Identificaram preocupação e sofrimento pela mudança da trajetória antes planejada. Observaram também sentimentos de culpa no momento que os pais se questionavam se deixaram de fazer algo que pudesse impedir o nascimento antecipado.

A fé também colabora para que exista a esperança, indispensável para superar esse momento difícil da internação. Ainda nos depoimentos, os pais homens sentem-se apreensivos e se reportam a religião. A confiança em Deus é demonstrada e é uma forma de se conformar com o nascimento prematuro.

“Seria melhor se saísse de dentro da mãe, ganhasse alta e estivesse em casa, comigo. É bem melhor. Mas, é... da forma como Deus quis que viesse assim, prematuro, que é normal nos gemelares, a gente sabe que no caso de gemelares é normal o parto prematuro, essas coisas todas.” (E1)

“Fazer o que né, a vida é essa né? Mas tudo a gente entrega na mão de Deus! Só ele que tem o veredito de tudo.”(E20)

“Eu creio, como servo do senhor, que primeiramente é a mão de Deus que está fazendo isso. E depois Ele está usando os profissionais que estão aqui, que trabalham muito bem.” (E14)

No estudo de Tronchin e Tsunehiro (2005) sobre a experiência de ser pai de prematuro, tiveram como resultados uma categoria sobre religiosidade. Relataram que os pais, mesmo os que disseram não ter religião, falaram sobre a fé em Deus como forma de adquirir forças e esperança para superar o sofrimento e o momento difícil.

De semelhante forma, no estudo de Santos e Bousso (2006), relacionaram a religião como uma fonte de suporte social os pais homens da UTIN. A espiritualidade foi mencionada como fundamental para vencer o sofrimento.

3.2.3 O período do resguardo: o pai e a preocupação com a mulher e com a ligação afetiva mãe-filho

Essa subunidade fala sobre a preocupação do homem com a mulher no pós parto. O homem se sente responsável por cuidar da mulher no período de pós-parto e puerpério, prezando por sua saúde e também de seu filho. Na cultura brasileira, o homem deve ser forte, seguro e ter o controle da situação. Não deve demonstrar emoções e fraquezas, apesar de vivenciar momentos conflituosos e difíceis.

O filho é prova de masculinidade. Assim, o período imediato após o nascimento é um momento de realização da paternidade, em que o homem assume a identidade de pai.

No depoimento abaixo, o pai fala da preocupação com a mulher e com seu estado de saúde.

“Assim é a mesma coisa quando eu interneei a mulher, por exemplo, eu ficava preocupado. Quando ela tava aqui, todos os dias eu estava no hospital.” (E8)

No período do pós-parto, muitos são os sentimentos, sensações e situações que acontecem com o homem, podendo trazer consequências para o núcleo familiar. O homem costuma participar junto à mulher desse momento. Existe a necessidade de atender e acolher não apenas a mulher no puerpério, mas também o homem, garantindo aos dois a oportunidade de expressarem sentimentos e vivências, auxiliando-os na construção das novas identidades, as de pai e mãe. O puerpério inicialmente é um período de realização da paternidade. (OLIVEIRA; BRITO, 2011)

Para os homens, o puerpério é um período em que a mulher deve descansar para que nada de mal lhe aconteça. O resguardo deve ser cumprido com rigor e atenção. Para isso, culturalmente são atribuídas diversas proibições e tabus envolvendo o resguardo, relacionado a restabelecimento e recuperação do parto. (STEFANELLO, 2005)

Oliveira e Brito (2011) constataram que os pais homens entendem que as mulheres no resguardo “não podem fazer nada, por causa dos pontos”. Para eles, o cuidado redobrado nesse momento visa não permitir que doenças venham a acontecer e, inclusive afastar o risco de morte da mulher. Essa visão é amplamente influenciada pelo modelo biomédico, relacionando riscos de saúde ao período puerperal. Falam também da preocupação com o estado de saúde da mulher.

“Porque....se é uma Cesária, e mesmo que fosse um normal, apesar da mulher estar andando, ela ainda está naquele procedimento de resguardo. O pai.. como o pai tá livre e tá bem de saúde, ele pode auxiliar muito mais que a mãe né. Como eu falei, o resguardo pra mulher é essencial. Tem mulher que chega num nível tem que fazer períneo né? Pra colocar tudo no lugar porque ficou se movimentando no resguardo, quando tinha que descansar. E... o pai como tá livre... e a gente faz o que a gente pode né? [...] depende de mim, depende do meu dinheiro, depende de tudo pra ela poder vir aqui... entendeu? As coisas dele está podendo vigorar por causa de mim! (E18)

“A minha esposa vem de manhã e vem a tarde. Ela pode vir todos os horários. Mas geralmente ela ainda não vem devido a operação, e tal. Como a gente mora perto, pra gente não é lucro gastar dinheiro com taxi. Então ela vem. Mas aí também pra não se cansar... aí eu é que venho mais.”(E12)

Culturalmente, o homem tem papel de proteção da mulher, que é vista como delicada e emotiva, caracterizada como “sexo frágil”. Na visão hegemônica da paternidade, o homem é ainda o responsável pela bem estar da família e pela provisão financeira, assim como relatou o pai da E18. (OIBERMAN, 1994; SILVA, PICCININI, 2007)

Para Souza (2010), o pai entende que a mulher necessita de apoio e conforto para enfrentar a internação do filho. Os pais do presente estudo confirmaram essa assertiva de Souza (2010). Eles oferecem auxílio, apoio e se preocupam com os sentimentos e a fragilidade da mulher, acalmando-a e confortando-a, principalmente no momento em que a mulher tem alta e o filho permanece internado. Como é próprio da cultura hegemônica masculina, se posicionam como fortes e no controle da situação.

“E ela também fica meio triste de deixar ela sozinha à noite, entendeu? Ela teve alta e a bebê tem que ficar aqui. É meio difícil.” (E9)

“É complicado, é complicado... fica a minha esposa aí, desesperada. Ela teve alta hoje, foi pra casa pra ver as outras crianças... e em casa ficou chorando. E eu falei: calma, tá tudo bem! Só vai ficar mais um pouquinho porque tem que tomar antibiótico né, pra poder... fazer o que né, a vida é essa né?”(E20)

“Então, a gente está segurando a barra. Aguentando, tranquilo. A mulher ela fica mais ansiosa, e tal, mas... a gente vai levando com calma. Não tem nada assim tão absurdo não.” (E12)

Ferreira et al (2010), relataram sobre a necessidade de apoio e assistência às mães na UTI. Schmidt et al (2012) identificou que as mães na UTIN relatam da importância do apoio,

especialmente do pai, e sua presença foi interpretada como sinônimo de suporte para elas e também para o bebê. Dessa forma, reiterou da importância ao incentivo da presença paterna.

Os pais homens também acumulam outras tarefas que envolvem essa preocupação com a mulher como a de levá-la e trazê-la da UTIN. Como a mulher está no período do resguardo, eles dirigem atenção especial e buscam proteger e auxiliar suas mulheres para que esse contato com o filho aconteça. São, portanto, mediadores desse processo de ligação afetiva entre mãe e filho.

“É, eu venho, trago ela de manhã cedinho, pego no fim da tarde... fico uma horinha, uma horinha e meia com ele no colo.” (E3)

“Porque.. até porque ela não pode ficar aqui o dia todo. Tem que ir pra casa, voltar... entendeu? É desgastante também, pra ela.” (E9)

“Fico de manhã, aí vou pro trabalho correndo e pra voltar correndo e pegar minha esposa em casa pra trazer ela pra cá. [...] mas eu sou obrigado a vir. A vir com ela porque ela tá com saudade, mas ela não aguenta por causa da cesárea. Aí fica uma horinha e tem que ir embora. Aí tenho que levar ela e voltar pra cá...”(E18)

Coutinho e Morsch (2006) e Rocha et al (2012) relatam que o pai torna-se, principalmente nesse período inicial do puerpério, elo com a equipe. É o responsável por receber as informações e passá-las para a mãe e a família, assim como por acompanhar mãe e bebê.

Quando a mulher não tem a possibilidade de ir à UTIN, o pai preocupa-se em justificar a sua ausência repetidas vezes. Demonstra receio de que interpretem a ausência da mãe como abandono da criança. Isso foi registrado em uma entrevista e também na observação participante, ao conversar com o mesmo pai.

“Minha esposa não pode vir. Mas eu sempre explico a elas [médicas]: olha, eu vou vir todo dia. [...] Eu explico a situação dela que ela está com ponto, tudo mais e não está em condição de vir. E meu sogro tem carro e trabalha, não tem como trazer. E o único dia que tem pra trazer é sábado. Aí sábado e domingo é o dia que ela vem aqui.” (E7)

O que se confirma na observação participante:

Imediatamente o pai fala que a mãe quase não vem à UTIN porque teve Síndrome Hellp e ficou internada em outro hospital. Diz que agora ela já está em sua residência, mas ainda está recuperando-se da cesárea de risco e ainda não retirou os pontos. Fala ainda que ela não está em condições físicas para ir à UTIN já que eles não possuem carro. Aos sábados, diz que o seu sogro traz a esposa para ver o filho. Buscava em todo momento justificar a

ausência da mãe. Ele filma e tira fotos do seu bebê. Diz que mostra a ela todos os dias. (Observação 15)

Quando a mulher também precisa de internação em UTI, as tarefas paternas se intensificam. Nesse momento, é importante estimular a busca por suporte social nos familiares como avós e tios e amigos. Ao receber ajuda com as tarefas diárias, o pai terá maior disponibilidade de tempo e consegue se dedicar mais ao filho e à esposa internada, assim como é imprescindível o apoio emocional e psicológico.

No estudo de Santos e Bousso (2006) os pais homens que tinham o filho internados em terapia intensiva, o suporte social foi percebido pelo pai no trabalho, na medida que tinham liberação ou diminuição da carga horária para acompanhar na hospitalização, identificaram também os amigos, a igreja e a equipe de saúde, quando fornecia informações e tinham boa comunicação com esse pai.

3.3 OS SIGNIFICADOS E RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA, PREMATURIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILITANDO A LIGAÇÃO AFETIVA PAI-FILHO

3.3.1 O impacto de ter um filho prematuro: sentimentos, emoções e as alterações da rotina diária

Os pais homens passam por diversas mudanças de rotinas diárias com a internação de um prematuro. Primeiramente, precisam organizar-se para ir à UTIN, dividindo o tempo com o trabalho, já que recebem apenas 5 dias de licença paternidade e após esse período, a maioria retorna ao trabalho.

Além disso, precisam administrar tantas outras situações de suas atividades e do lar, principalmente nos casos em que a mulher permanece tempos prolongados junto ao prematuro, acumulam-se tarefas que em dias habituais a mulher resolveria. Isso pode inclusive dificultar a permanência do pai, em detrimento de deixar a mãe o quanto mais tempo livre para permanecer junto ao prematuro. Isso por uma questão cultural onde a mãe é quem deve ficar perto de seu filho.

Sobre as tarefas domésticas, o pai fala em um trecho das anotações de campo que precisa ir para casa e não poderá permanecer mais tempo na UTIN porque precisa realizar tarefas domésticas. Outros pais falam em entrevistas sobre o acúmulo de tarefas diárias e a limitação que essas tarefas e o trabalho conferem à presença na UTIN.

Pai foi embora. Antes, se voltou para o posto de enfermagem e pediu que a equipe ore pelas filhas dele. – Obrigada aí. Muito obrigada! Preciso ir embora... Vou cuidar das roupinhas, esses negócios das crianças, lavar... passar... (Observação 2)

“A gente sabe né, é uma guerra aqui dentro e outra lá fora né. [...] Tem que fazer mercado, tem que ir a banco... então é uma luta aqui dentro e uma luta lá fora. [...] do ponto de vista prático foi uma bagunça essas duas semanas. Tem que largar trabalho... E como o meu trabalho exige presença praticamente “*full time*”... , cancela cliente, remarca. Então, em termo de desarrumar a rotina diária, foi um caos. Mas... deu pra segurar, já vai ter alta daqui a pouco já.” (E3)

“Você é limitado àquilo, a vir no hospital, ver um pouquinho ele, porque você tem sua vida, também. A gente tem nossa vida, todo mundo... é corrida! Aí você fica um pouco, meia hora, uma hora.” (E15)

“Muito difícil! É muito difícil porque a gente fica desnorteado e tudo que a gente tem pra gente resolver, os outros problemas...”(E20)

Em conformidade com o exposto, em uma das categorias encontradas como resultado do estudo de Rodrigues e Moreira (2012), eles identificaram que os pais homens de prematuros tem a rotina da vida alterada mediante a internação em UTIN. Relatam também sobre a dificuldade de realizar outras tarefas devido à preocupação com a criança, prejudicando o trabalho e, porventura, os estudos.

Os pais homens do presente estudo relataram sobre a preocupação com o estado de saúde da criança. Falam sobre a inquietude de estar longe e não saber notícias do filho e a dificuldade de dormir em virtude da preocupação. Entretanto, outros pais se mostram menos preocupados e tranquilos, com grande esperança na medida em que o estado clínico da criança está mais estável. Mostram o controle da situação e das próprias emoções, talvez como um mecanismo de enfrentamento à situação.

“Em casa, longe delas, eu fico pensando, pô, será que está tudo bem? Será que o quadro delas está melhorando, ou teve alguma... algum problema? Então nesse sentido assim, é sempre complicado. É um probleminha que a gente passa mentalmente.”(E1)

“Então eu chego em casa, eu vou dormir uma da manhã, com o coração na mão, duas... eu fico as vezes sem dormir... doido pra chegar aqui 6h da manhã! Com essas preocupações... Entendeu?” (E18)

“Preocupante, né.. mas graças a Deus o problema dela era só o peso mesmo. E pronto né. Assim, prematuro né. [...] Mas, passada essa fase de preocupação... tranquilo.” (E10)

“É um pouco preocupante né. A gente nunca fica tranquilo em casa. Se passar um dia em casa no outro dia tem que vir no hospital porque a gente já fica preocupado. De estar acontecendo alguma coisa que a gente não esteja sabendo...” (E8)

“Bom, em termos de preocupação, é praticamente zero, porque você vê que o hospital é bom...”(E3)

A preocupação com o filho é um dos itens da avaliação do envolvimento paterno descrito por Lamb et al (1985). A disponibilidade e organização de tempo para ir à UTIN e relacionar-se de alguma maneira com a criança, assim como a providência de itens importantes para a criança, como roupas, demonstram que os pais homens estão desenvolvendo o envolvimento paterno, assim como a ligação afetiva.

As representações psíquicas de bebês – fantasmático, imaginário e imaginado – dão lugar ao bebê real, no momento do parto, com suas características individuais, biológicas e psíquicas. O bebê imaginado durante toda a gestação é muito diferente do bebê real. O prematuro tem menor peso, é imaturo e parece frágil, requerendo maiores cuidados, como relatam os pais homens.

Já o pai da entrevista 7 ultrapassou a questão da imagem de fragilidade do corpo pequeno do prematuro, dizendo que acostumou-se com sua aparência, aceitando-o como é, e contrastando com a percepção de sua mulher, que não teve o mesmo acesso à UTI por ficar um longo período internada em estado grave.

“Sei lá, é estranho! Parecer que é muito pequenininho. Dá nervoso!” (E16)

“É quase a mesma coisa [que um bebê a termo], só que o prematuro tem que ter mais cuidado.” (E9)

“É muito prematuro, pequeno ainda. Aí é ruim. (...) Você ficar sabendo que ainda não é formada, que é muito pequena ainda, pode ter complicação... [...] Eu to falando, eu não tenho muito assim... o que falar. É tudo muito novo ainda. Eu to tentando assimilar ainda o que aconteceu... como é que foi...” (E19)

“Eu vou te falar...é... minha esposa, quando veio sábado aqui... ela tinha visto ele e ela falou: pô, caramba, mas ele é muito magrinho! Tem outro bebê do lado, mais forte, tudo mais... e quando a gente foi embora ela até falou: caraca! Eu não consigo ver ele legal não. Porque é muita diferença! Eu já falei pra ela: eu não sinto diferença! Pra mim ele é normal como qualquer um outro. Ainda mais eu vindo todo dia aqui, eu já não vejo diferença! E até o desenvolvimento dele, eu não estou vendo diferença. Pra mim ele tá bom do jeito que ele tá, entendeu? Mas está tranquilo.” (E7)

No nascimento a termo, o bebê tem um contato direto e precoce com sua mãe e pai, podendo ser tocado, ficar no colo e ser cuidado por seus pais, o que contribui diretamente para a formação e fortalecimento dos laços afetivos. (BRASIL, 2011)

Já no nascimento pré-termo, a criança é bruscamente separada de seus pais já que necessita de cuidados intensivos. É privada então dos cuidados parentais e no lugar deste, ficam os cuidados profissionais, com procedimentos invasivos necessários para sua sobrevivência do recém-nascido de risco. Nesse momento, a ligação afetiva é comprometida.

Os pais vivenciam o luto pelo nascimento que não foi de conformidade com o planejado e porque o bebê real é diferente do que esperavam. Também existe a preocupação central com a sobrevivência da criança e com a internação em UTIN.

Com um nascimento inesperado de um filho não saudável e diferente, os pais sofrem frustrações. Esse processo dá origem ao luto pelo ideal perdido. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006) Esse luto do filho ideal perdido é necessário para que, posteriormente, seja possível receber o filho real.

Os pais precisam, nesse período, de apoio da equipe multiprofissional para conseguir adequar a imagem mental à imagem real, acostumando-se com a aparência de seu prematuro e com a necessidade de internação em UTIN, com suas tecnologias. Um bebê pré-termo representa momento de crise para a família, com um período de confusão e desequilíbrio. Porém, os pais buscam assimilar o problema e desenvolver estratégias para lidar com ele, reequilibrando-se. (BRASIL, 2011)

Carvalho et al (2009), entrevistaram 17 pais homens de prematuros internados em UTIN, tiveram como resultados principais que os pais afirmam que ter um filho prematuro em UTIN representa insegurança visto que o recém-nascido é frágil e tem a possibilidade de não sobreviver. Sentimentos de medo, angústia, ansiedade, tristeza e impotência são comuns nesse ambiente da UTIN.

Os pais homens falam que ter um prematuro internado é triste, difícil, doloroso e que causa medo da morte. Um pai manifestou o desejo de que a situação fosse diferente, e o filho fosse “normal”. Também demonstraram a esperança e segurança na melhora do prematuro.

“É difícil! Uma situação difícil! Todo pai eu acho, que tá no pré-natal, que o pai está na UTI assim, o bebê, é complicado, é uma situação muito difícil. Eu tiro por mim, que estou vivendo aí a situação, eu não queria ver ele assim. Porque é muito triste... mas a vida fez ficar assim, foram acontecimentos... e aconteceu isso. E é difícil. Mas vai superar.”(E15)

“Ah, pra mim não é fácil né, pô. Ver o menino ali sem poder... carregar né. Logo levar ele pra casa. Não é fácil né. Mas... qualquer pai ia se sentir assim. Queria pegar ele e ver ele bem né. Ver ele normal pra poder levar pra casa.” (E2)

“Ah, pra mim é... bem doloroso porque ninguém quer um filho, né, na UTI.”(E18)

“Pô, é um pouco apavorante... Tu ficar pensando que não vai mais reagir...” (E17)

Hollywood (2011) teve como objetivo explorar as experiências vividas por pais de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Entrevistou cinco pais homens. Relata que os efeitos da hospitalização nos pais são amplos e os subtemas que foram identificados no estudo são a ansiedade, sentimentos de desamparo e medo do desconhecido.

A ansiedade vivenciada por pais estava diretamente ligada à experiência de ser pai de um bebê prematuro e estar na UTIN. Esse resultado demonstra que os pais estão bastante conscientes da fragilidade do bebê prematuro. (HOLLYWOOD, 2011)

A ansiedade que ocorre após o nascimento prematuro de um bebê é uma resposta muito natural para mães e pais (FRANCK et al, 2005). A prematuridade pode resultar em morte, dependendo da gravidade da prematuridade e do alto risco de infecções.

Entretanto, a medida que o recém-nascido melhora clinicamente, os pais homens manifestam esperança, melhor controle emocional e maior segurança. Principalmente quando o prematuro está estável e necessita apenas ganhar peso.

“É... mesmo sabendo que tá ... tá...tudo bem, que é só pra poder pegar mais um pouco de peso, essas coisas, mas é complicado... Porque... é como que assim, é como se estivesse faltando uma parte de mim. [...] Mas depende muito da condição que os bebês se encontram. No meu caso, é só para elas ganharem peso, então, eu estou mais aliviado.” (E1)

“Mas apesar de que tem sido tranquilo. O desenvolvimento dele tá bom, tá bem.”(E7)

“E a bebê tá bem. Tá bem, tá reagindo muito bem. Ainda hoje, a pediatra falou com a minha esposa pela manhã que já tirou toda medicação, tirou o soro. E agora só ta no leite só, na vitamina.”(E12)

De maneira semelhante, no estudo de Lundqvist (2007), na Suécia, a experiência de ter um prematuro foi expressada como um processo que se desloca de sentimentos iniciais de distância para sentimentos de proximidade. Inicialmente, demonstraram medo e angústia, que foi progressivamente substituído por alegria e emoções positivas. (LUNDQVIST, 2007)

Os pais homens relatam a satisfação e realização nos seus filhos, apesar do nascimento prematuro. São a prova de masculinidade, é um momento de realização da paternidade em que eles assumem a identidade de pai.

“Agora quanto aos bebês, pra mim foi alegria. Porque são dois. Apesar de que nasceram prematuros. Até porque não teria como né? Até porque é muito difícil gêmeos nascerem no tempo certo. É muito difícil. Mas pra mim eu to satisfeito, to alegre com eles... (E8)

“Então, pra gente, ela estar ali, ainda que pequenininha, é uma maravilha!”(E12)

Nesse sentido, na situação de ser pai prematuramente, o processo de parentalidade é antecipado e é comum surgir ambivalência de emoções diante de ter um prematuro. Os pais homens do presente estudo relataram que existe o lado positivo e o negativo de ter um prematuro.

“Olha, tem sido... desgastante, mas ao mesmo tempo prazeroso. Você faz com vontade né.” (E3)

“(risos) primeiro, é doloroso, ardoso. Mas ao mesmo tempo é.. a cada dia vendo ele evoluindo, dá aquela alegria no coração, uma felicidade.... então eu colocaria aí: 50% dolorido e 50% de felicidade.”(E14)

“Por um lado é bom, por outro não porque.. só de ele estar lá, estar se recuperando e tal, e você indo lá todo dia, tá vendo que ele está bem, pô, já é um alívio. Mas por outro lado, não. Porque pô, você vai pra sala lá, da sua namorada/esposa, tem as companheiras de quarto todas lá com seus filhos, com os bebês e você lá sozinho é muito triste, triste demais. Ela tá internada ainda.” (E6)

3.3.2 Construindo o envolvimento paterno no ambiente da UTIN

Essa subunidade temática fala sobre o ambiente de tecnologias da UTIN e as restrições encontradas para o contato com o prematuro.

O ambiente da UTIN pode influenciar diretamente, dificultando o envolvimento paterno.

A unidade de cuidados intensivos é um ambiente novo e desconhecido pelos pais. Tem tecnologia avançada, aparelhos sofisticados e os profissionais de saúde introduzem diversas terminologias novas aos pais na medida que pretendem explicar as terapêuticas utilizadas na

assistência ao prematuro. Assim, o ambiente da UTIN configura-se em um local assustador e gerador de medo, agravando o inicial medo da morte da criança.

São muitos ruídos de monitores, bombas, respiradores e incubadoras. Além da imagem diferenciada do prematuro, soma-se a necessidade de terapias que o deixam ainda menos visível em sua integridade corporal como a incubadora, que é um empecilho ao contato e à visualização direta, afastando o recém-nascido; o uso de respiradores com o tubo orotraqueal, das sondas orogástricas, os dispositivos intravasculares, dentre outras terapias e procedimentos invasivos que deixam a imagem do prematuro ainda mais diferente.

“É delicado. Os bebês. A minha esposa... Ficar vendo eles numa... como é mesmo aquele negócio? Incubadora... é difícil! Não é bom não. É uma sensação horrível. Tu ver eles tomando aquele leite por uma borrachinha... é horrível mesmo.” (E16)

“Ninguém espera ter o filho intubado, vai ser prematuro, vai pra uma UTI, e esteja intubado, com um monte de aparelho no nariz, e saindo secreção do estômago... isso assusta né? Não faz fezes a 4 ou 5 dias... e a gente fica numa situação difícil. [...] Já de ver o meu filho intubado... fica um clima pesado, o coração aperta, e a gente quer fazer alguma coisa e não pode, fica de mão atada.” (E18)

Assim como o pai da entrevista 16, no estudo de Lundqvist (2007), os pais homens entenderam que a criança precisava de cuidados e da incubadora, mas, ao mesmo tempo, perceberam a incubadora como uma barreira entre eles e seu bebê. Esta barreira e o fato de que seu bebê prematuro é menos sensível à interação social foi identificado como dificultadores para eles sentirem-se pais.

O estado clínico do prematuro e a própria internação em UTIN trazem limites ao contato físico entre pai e filho. Os pais homens manifestam por diversas vezes o desejo de pegar a criança no colo e a insatisfação, apesar de entenderem os motivos da impossibilidade. O pai da entrevista número 15, relata que no momento que ele tiver o contato corporal, ele terá mais proximidade e será possível se sentir pai.

“Porque com ele, a gente não tem um contato. Ele fica ali. Só ali. A gente não pode pegar nele, não pode ter contato com ele... O máximo de contato é você passar a mão nele e pronto. [...] E quando eu puder ter contato com ele, corpo assim a corpo, filho, aí vai ser melhor. O que falta é porque não tem como no momento. Ele tá evoluindo até chegar num estágio que possa fazer isso.” (E15)

Um dos fatores de avaliação do envolvimento paterno é a interação com a criança, manifestada pelo contato físico em atividades de cuidado. (LAMB et al, 1985) Dessa forma, os pais homens de prematuros tem prejuízos no envolvimento paterno, já que encontram limitações nesse contato físico enquanto seu bebê está internado.

Junto a isso, os pais homens afirmam sobre o desejo de levar a criança para casa, buscando esse maior contato físico e a interação do filho com outros integrantes familiares.

“Ah, é muito ruim né? A gente fica na expectativa de querer ele em casa logo, ver ele logo...”(E7)

“Eh, pra mim é complicado né. Porque... eu queria que ele tivesse ido pra casa quando ela saiu.[...] Acho que quando for pra casa vai ficar melhor ainda.” (E11)

“E a situação é difícil né. Você quer um contato com a família, quer ele ali, dentro de casa, quer ele perto de você, quer trocar carinhos com ele. E você não pode. [...]sempre aquele negócio de, poxa... queria levar ele pra casa. E você não pode porque... [...]Mas com certeza ele vai sair logo. É o que todos nós queremos.”(E15)

“É muito ruim. Muito mesmo. A família toda naquela expectativa... querendo ela em casa...”(E22)

A expectativa da alta se inicia no momento da internação. Parece ser uma maneira de manter a esperança de que o momento difícil de ter o filho internado em UTIN irá passar de forma rápida. Essa expectativa, segundo Tronchin e Tsunehiro (2005) permanece até o momento da alta e também após, nos cuidados domiciliares já que o prematuro costuma necessitar de cuidados diferenciados para seu desenvolvimento.

Nesse momento, a orientação do enfermeiro é fundamental, preparando a família para os cuidados ao prematuro. A preparação dos pais para a alta não deve ser realizada apenas no momento da alta, mas durante toda a internação. Deve-se buscar preparar os pais tanto no âmbito de cuidados práticos quanto no psíquico, auxiliando-os a ter segurança e confiança, ou seja, competência parental. (MARTÍNEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007)

Chiodi et al (2012), em uma revisão integrativa, identificaram que as atividades de educação em saúde para o preparo dos pais para alta é direcionada à mãe e costuma versar sobre cuidados básicos diários. Entretanto, a promoção do vínculo e da confiança no cuidado eram insuficientes nos pais do estudo. Indicou a necessidade de elaboração de estratégias e metodologias para a aprendizagem, com materiais educativos, para os pais em UTIN. Entretanto, não abordou a questão do pai nesse processo de alta.

O homem acaba excluído das prioridades de educação das equipes de enfermagem, apesar de ser ele quem mais precisa de estímulo, inclusive para superar as questões culturais que o afastam da criação dos filhos. Rever a assistência para inclusão do pai é essencial.

Nesse ambiente intensivista, os prematuros passam por diversos procedimentos invasivos. A dor no momento desses procedimentos também é uma preocupação dos pais homens. Eles buscam informações e requerem seu direito de permanecer ao lado do filho nesses momentos.

“Se eu ver que tá demais, eu só pergunto: isso aí não machuca o bebê não? Igual eu perguntei, ela estava fazendo a sucção com a borrachinha, como é que é, pra aspirar o bebê. Aí eu falei: esse negócio, com rapidez assim, não machuca a garganta não? Ela falou assim: não, pai, se fizer diariamente, direto, machuca, mas não é todo dia que a gente faz. Se fizer todo dia, direto, aí causa ferida.” (E8)

“Quando solicitado né. Segura aqui no bracinho que eu vou... (risos) aí eu participo.[realização da punção venosa periférica]” (E11)

“As vezes ta tirando sangue, tá isso, tá aquilo. E eu fico lá. Fico mexendo. Ajudo até as vezes, que ela fica se mexendo... e eu fico lá. E o médico até vem: se puder ajudar aí, tá? É bom! (risos). E eu vou lá e ajudo.” (E20)

“A médica pô, foi pegar e foi fazer um negócio no braço dele... aí eu fiquei calmo, não falei nada, não me meti, porque eu sei que às vezes é difícil, e tem que ficar procurando a veia... tudo tranquilo. Aí ela pediu pra eu sair! Mas porque que eu preciso sair? Eu não vou fazer nada de errado, eu só estou olhando! Aí ela tava tentando lá... e eu falei: pô, a veia dele é pequena, né? Difícil de achar! Ah pai, o senhor tá muito ansioso, o senhor tá me atrapalhando! Ué... eu que to ansioso ou você que tá nervosa por eu estar aqui?” (E18)

Assim como observado no relato do pai 18 descrito anteriormente, a profissional de saúde solicitou inicialmente que o pai se retirasse para que ela realizasse o procedimento invasivo. O pai não concordou e permaneceu, reivindicando seu direito, que, inclusive, é garantido por lei, de permanecer junto ao seu filho, causando desconforto para a profissional, o que também foi identificado pelo pai. Existe uma urgência no que tange ao treinamento dos profissionais de saúde para lidar com os pais no ambiente intensivo neonatal, inclusive no momento de realização de procedimentos invasivos e dolorosos.

Na perspectiva de humanização da assistência, inclui-se, além da inserção da família na UTIN, o controle do estresse e da dor, a redução de estímulos nocivos como ruídos e luminosidade excessiva, promovendo um ambiente adequado para o desenvolvimento cerebral do recém-nascido. (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010)

Existem medidas não farmacológicas comprovadamente efetivas para o alívio da dor durante e após procedimentos invasivos, nas quais os pais podem participar, tais como: a posição canguru com contato pele a pele, a sucção não nutritiva, o uso de glicose a 25% ou da sacarose 24%, uso de leite materno, amamentação e a contenção facilitada. (BRASIL, 2011)

Uma ligação forte e segura com os pais tem função biológica protetora, facilitando o neurodesenvolvimento. A criança diminui os fatores de estresse e com isso seus efeitos adversos. (BRASIL, 2011)

Atitudes dos pais como: o toque, conversas, pegar ao colo e cantar para o bebê auxiliam em seu conforto. Orientar e encorajar os pais a isso pode ser uma alternativa para diminuir os efeitos a longo prazo da dor neonatal. (MEDEIROS; MADEIRA, 2006)

No estudo de Soares e Christoffel (2010), foi identificado que mães e pais identificam a linguagem de dor do recém-nascido através da expressão corporal, facial e pelo choro. Diante disso, as mães costumam buscar meios para aliviar a dor do recém-nascido na UTIN e entendem que podem reduzi-la. Já os pais homens, buscam auxílio do profissional de saúde, entendendo que não são capazes de aliviar a dor.

Martínez, Fonseca e Scochi (2007), tiveram o objetivo de identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação da mãe/pais no cuidado ao prematuro. Os resultados apontaram que, apesar da equipe de saúde reconhecer a importância da inserção dos pais na UTIN, a presença dos pais por vezes é vista pelos profissionais como intimidadora e fiscalizadora. Essa situação gera insegurança e temor de denúncias pelos pais, principalmente no momento da realização de procedimentos. Dessa forma, limitam o acesso dos pais, criando barreiras e resistências para a permanência dos pais.

A incorporação da família no ambiente hospitalar já é um desafio. A participação dos pais em procedimentos dolorosos é ainda mais questionada e encontra resistência de incorporação na prática da UTIN.

Outra forma de obstáculo realizada por profissionais de saúde para a entrada e permanência dos pais na UTIN são as preocupações com infecções. Os pais homens relataram que se limitam no contato físico com o filho para prevenir infecções e ter respaldo diante da própria equipe.

“Eu por exemplo não gosto nem de colocar a mão lá dentro. Da onde ele tá. Pra evitar de que passamos alguma bactéria pra ele. Eu prefiro nem botar a mão nele. Porque eu não botando a mão, amanhã eu tenho defesa se acontecer alguma coisa. Ah, o pai e a mãe só vivem mexendo no bebê! por isso causou uma infecção no garoto! Então eu nem coloco a mão lá dentro! Porque assim eu tenho a minha defesa.” (E8)

“É, eu venho, olho ele, mexo nele um pouquinho... mas não fico muito mexendo porque a mão, sujeira, bactéria...”(E15)

Entretanto, é evidência que a inserção dos pais e de outros familiares no ambiente hospitalar não tem aumentado os índices de infecções hospitalares. Então, o foco das comissões de infecções hospitalares tem sido a higienização correta das mãos, pelos pais e, principalmente, pelos profissionais de saúde. (MARTÍNEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007)

Sobre a higienização das mãos, destaca-se o seguinte trecho da observação participante:

Pai entrou na unidade sem lavar as mãos. Uma técnica de enfermagem, ao entrar com ele, solicitou que ele retornasse à ante-sala para proceder a lavagem. Entretanto, a própria técnica de enfermagem entrou sem lavar suas mãos naquele momento. – Mas eu não toco nas crianças não... Não preciso lavar. –Não... mas mesmo assim tem que lavar as mãos! (Observação 12)

Essas situações de procedimentos invasivos e dolorosos, em que muitas vezes a equipe pede que o pai se retire, e de riscos de infecção provenientes dos pais, relatados pela equipe de saúde, criam um ambiente em que o pai não se sente acolhido e bem vindo, limitado em suas ações e temeroso de causar mal ao próprio filho. Assim, se afastam do contato físico e soma-se outro fator dificultador para a ligação afetiva e para o envolvimento paterno.

3.3.3 As relações entre pais homens e profissionais de saúde na UTIN: buscando informações e comunicação

Essa subunidade temática fala sobre a busca por informações e comunicação do pai com a equipe de saúde, sobre o acolhimento do pai na primeira visita e o papel do enfermeiro na assistência ao pai.

A assistência ao prematuro em UTIN modificou-se intensamente nas últimas décadas. A iniciativa de humanização do cuidado implementada pela Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo Peso - Método Canguru e outros fatores permitiram uma maior inserção da família nesse ambiente. Entretanto, a UTIN ainda é fortemente marcada pelo modelo de trabalho tecnicizado e com rotinas, caracterizando o modelo biologicista de cuidar. (GAIVA & SCOCHI, 2004) É um processo entre o paradigma biomédico e a intenção de transição para o paradigma humanístico.

Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam cuidar da família e não apenas do recém-nascido internado, entendendo que ele é parte de um contexto social mais amplo. Entretanto, a visão tecnicista e biomédica não é apenas da equipe, mas também do pai. Eles se apóiam nos avanços tecnológicos que permitem a manutenção da vida para garantir esperança de que seus filhos sobrevivam.

“Ah, eu espero que estejam tratando ela bem né. Com recursos necessários pra que ela possa viver. Entendeu? Assim eu espero.” (E19)

“Ainda mais pelos avanços, pelas melhoras e porque a gente sabe que hoje a chance de um bebê prematuro morrer, ainda mais no caso da nossa filha que foi só mesmo por causa da pressão, ela não tem nenhuma deficiência, nenhuma anomalia, nenhum problema, é quase zero! É quase zero. É a mesma chance nossa. Aquela do ocasional.” (E12)

Menor atenção tem sido dada para satisfazer as necessidades psicossociais da criança e da família do que em atender suas necessidades físicas. Ambientes projetados para o atendimento tecnológico eficiente pode não ser o ideal para proporcionar o crescimento e desenvolvimento de prematuros e de uma boa relação com seus pais. (SAUNDERS et al, 2003)

No âmbito internacional existe o Cuidado Centrado na Família. Essa filosofia de cuidado entende o recém-nascido em seu contexto familiar e destaca a importância de que os cuidados de saúde na UTIN sejam estendidos à família. Um de seus objetivos é garantir comunicação livre e aberta entre pais e profissionais. (BUARQUE et al, 2006).

No Brasil, essa abordagem não é implementada. É válido destacar as diferenças sociais e culturais de cada país, o que viabiliza adotar certas práticas ou não. Assim, a experiência brasileira é a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Prematuro – Método Canguru que encontra correspondências com o CCF quando estimula a participação da família no cuidado ao recém-nascido, dá ênfase na importância da informação sobre as condições de saúde da criança e à comunicação com a família e em diversos outros itens abordados nessas diretrizes. Também destaca a importância da equipe avaliar o nível de compreensão das informações oferecidas, buscando sempre uma linguagem acessível. (BRASIL, 2011, HENNIG; GOMES; MORSCH, 2010)

Entendendo a visão humanística, a técnica de enfermagem relata cuidar do recém-nascido e também de seus pais, descrito em um trecho da observação participante:

A técnica [...] explica agora sobre amamentação para a mãe do leito 11. Diz: - eu vejo o bebê, mas também tenho que ver a mãe. Não tem como um sem

o outro! E o pai também, né? Mas tem coisas que só você como mãe pode fazer. Você, pai, pode até ajudar, mas só ela, a mãe, pode fazer. Dessa forma, orienta a ordenha da mama, dizendo que precisa fazer isso todos os dias. (Observação 23)

Arockiasamy et al (2008), ao realizar um estudo no Canadá, tiveram como objetivo compreender as experiências de pais de recém-nascidos internados na UTIN. Entrevistaram dezesseis pais homens e os resultados demonstraram que os pais experimentam uma sensação de falta de controle quando têm uma criança internada na UTIN. Diante disso, buscam recuperar o controle da situação através da identificação de seu novo papel na sociedade; em apoio social na família, instituições religiosas, profissionais de saúde e amigos; e buscando informação e comunicação, particularmente com a equipe de cuidados de saúde.

A equipe de enfermagem, por estar em contato direto com os pais e prematuros, deve estar atenta para o acolhimento e para manter uma boa comunicação, oferecendo as informações necessárias para os pais homens. A primeira visita do pai à UTIN é um momento importante para ele, e deve ter acompanhamento específico do enfermeiro da unidade.

Entretanto, dependendo da rotina hospitalar, essa primeira visita pode ou não ter o devido acompanhamento, como nos trechos do diário de campo a seguir.

Pai chegou no setor sozinho. Encontro com ele na ante-sala, onde existe uma pia para realizar a lavagem das mãos. Pai estava lavando as mãos, braços e rosto. [...] Pareceu bem ansioso e contente. Entrou no setor e disse: Vou ver meus bebês!!! Permaneci observando-o do posto de enfermagem. Tocou, conversou e chorou ao ver seus bebês. [...] Ao retornar ao posto, pergunto à enfermeira: é a primeira visita do pai? A primeira vez que vê as filhas? –Ah, deve ser né... para estar chorando assim... Pai tira fotos pelo celular. Foi sim sua primeira visita à UTIN. (Diário de Campo 2)

Na primeira situação da observação participante narrada acima, o pai da observação 2 demonstrou as características do *engrossment*, quando demonstrou interesse, preocupação e intensa emoção diante de suas gemelares. Já o pai da observação 31, demonstrou choque e medo de tocar, assustando-se com a aparência prematura de seu filho. O que pode dificultar a ligação afetiva e envolvimento paterno ao longo da relação com seu filho.

Avisam para a equipe via telefone que uma gestante estava na sala de parto e iria interromper a gestação. Um prematuro iria ser admitido no setor. Enfermeiros e técnicos organizam o leito para receber a criança. Realizada a admissão, um técnico de enfermagem entra no setor, dizendo que o pai está do lado de fora e pergunta se já pode entrar. Dizem que ainda não, que a criança ainda não está “pronta”. Passam alguns minutos e a equipe termina de cuidar do bebê, colocando toda a terapêutica necessária. Entretanto, ninguém vai avisar ao pai, que está no corredor, que ele já pode entrar. Após algum tempo, outra pessoa entra e diz que o pai está perguntando se pode

entrar. O enfermeiro diz que sim. Pai entra e o enfermeiro diz: -Seu bebê é aquele ali, ó. E aponta com o dedo. Pai vai até o bebê. O observa. Diz para uma enfermeira que está próximo dele: - É tão pequeno, né? Ela: - É, pequenininho. Pai sai do setor após menos de 5 minutos. Pareceu assustado com a tecnologia e o tamanho de seu prematuro. (Diário de Campo 31)

Nesse contexto, a intervenção adequada e especial da equipe de enfermagem deve ser realizada na primeira visita do pai. Eles precisam ser ouvidos, apoiados e entendidos, recebendo as informações necessárias. A primeira visita é impactante e pode ser geradora de estresse. Ao entrarem desacompanhados e receberem pouca ou nenhuma informação sobre seus filhos, a vinculação fica ainda mais em risco.

No nascimento pré-termo, o contato inicial entre pai, mãe e recém-nascido não costuma acontecer ainda na sala de parto. Logo, a equipe de enfermagem da UTIN é a responsável por apresentar a criança ao pai, que costuma ser o primeiro a visitar o filho, já que a mãe encontra-se no pós-parto e suas condições de saúde a limitam nesse instante. Deve ser garantido um ambiente acolhedor para esse contato inicial, para que seja um contato o mais íntimo e intenso possível. A equipe deve evitar o excesso de informações e se mostrar disponível para escutar e responder dúvidas. É preciso ressaltar o prematuro e suas características e não dar enfoque à sua doença. (BRASIL,2011).

O primeiro contato entre pais e prematuros é importante para a formação e fortalecimento da ligação afetiva. A equipe de enfermagem necessita reconhecer a primeira visita do pai como um momento crítico e ao mesmo tempo favorável para estimular o vínculo entre pais e bebê. (SCHMIDT et al 2012)

Em conformidade com esses achados, Schmidt et al (2012), tiveram como objetivo identificar os sentimentos, experiências e expectativas dos pais durante a primeira visita ao filho na UTIN e entrevistaram mães e pais. Identificaram que alguns pais demonstraram luto, tristeza e choque ao ver seu filho prematuro pela primeira vez. E outros relataram que sentiram amor, afeto, apropriação da paternidade e maternidade e desejo de proporcionar conforto, segurança e carinho para o filho.

A falta de informações consistentes sobre o estado de saúde da criança e sobre a própria UTIN dificulta o envolvimento paterno e a aceitação do prematuro. É atribuição da equipe acolher o pai e fornecer informações, com escuta ativa e empatia, durante toda a hospitalização. É importante também que a equipe de saúde sempre informe a função de cada aparelho e sua necessidade para a melhora do estado de saúde do recém-nascido.

Os pais homens precisam de cuidados da equipe de saúde. Então, estratégias assistenciais voltadas para os pais dos recém-nascidos internados são necessárias e atenuam o momento de sofrimento. Sobre os benefícios da comunicação com profissionais de saúde, os pais homens relatam:

“Pô... Show de bola. 100% mesmo. Não tenho nem o que reclamar. Todas elas. As médicas são excelentes mesmo. Eu chego aqui e fico sabendo de tudo já. Que ele é levado... show de bola, show de bola mesmo.”(E7)

“Pra mim está sendo muito bem cuidada. Diferente de outros hospitais, que por aí.. eu não conheço muito. Mas eu não vi o tratamento que estão dando aqui. Até com o pessoal, é...as visitas, o pai... entendeu? não só com a mãe das crianças, mas com o pai. Eles tem uma atenção. O pessoal para tudo, o pessoal da enfermagem, o médico, o pessoal da recepção. Mas, estamos sendo muito bem tratados nesse hospital...” (E1)

A capacidade de informar os pais da condição do seu bebê é fundamental para aliviar a ansiedade. O compartilhamento de informações com a equipe de saúde pode confortar os pais do bebê prematuro e aliviar certos medos. A comunicação e o fornecimento de informações são considerados padrão-ouro dentro da filosofia de cuidados centrados na família. (HOLLYWOOD, 2011)

Achados do estudo de Hollywood (2011), entretanto, indicam que existem desvantagens do compartilhamento de informações, tendo efeitos positivos, mas também negativos sobre os pais. É preciso respeitar alguns critérios como: a linguagem em que a informação é fornecida, que precisa garantir a total compreensão do sujeito; Toda a equipe necessita falar as mesmas informações sobre o que é perguntado; A quantidade de informações fornecidas deve respeitar o limite de assimilação dos pais, pois informações em excesso pode agravar alguns temores e ansiedades ao invés de melhorá-los.

Para isso, é preciso criar diálogo para que se consiga entender os limites dos pais, tanto de compreensão, quanto de quantidade de informações para aquele momento. Sobre a comunicação com os pais, segue trecho do diário de campo:

Pais chegam ao setor. Primeira visita. Pai e mãe são ensinados a lavar as mãos e a médica segue dando orientações gerais sobre as rotinas e os itens utilizados na UTI para o tratamento do bebê. Tubo oro-traqueal, sonda orogástrica, punção venosa. Explica o caso da criança. Pais saem da UTI dentro de poucos minutos. Permanecem calados em todo o período. Parecem apreensivos e assustados com as informações recebidas. (Diário de Campo 17)

Nessa situação, a profissional de saúde acompanhou devidamente os pais nessa primeira visita à UTIN. Entretanto, não estabeleceu diálogo, sendo assim, difícil de identificar o nível de compreensão e de capacidade de receber tais informações fornecidas. Cabe ressaltar que essa avaliação não é fácil de ser realizada e requer dedicação e sensibilidade do profissional para a relação com os pais.

A prática comum da equipe de saúde observada no cenário de estudo é aguardar para que a equipe médica forneça as informações aos pais sobre o estado clínico. Entretanto, não constitui-se em uma regra ou rotina, todos podem fornecer informações. Muitas vezes, a equipe de enfermagem orienta aos pais que venham nos horários em que o pediatra estará presente, para que possam conversar sobre o prematuro. Os pais também relatam suas dificuldades de comunicação e na obtenção de informações devido a isso e a outros motivos:

“Bem... só que assim, eu acho que o que falta é informação. Pra gente mesmo, quando a gente chega aqui, a gente só pode vir a tarde. Eu só posso vir mais a tarde. A gente não tem muita informação. Falta informação. Falta uma pessoa que chegue e pergunte: vocês querem saber algo sobre o seu filho? Não só sempre a gente ir falar com a pessoa. Porque as vezes só tem ali mais o auxiliar, o enfermeiro, não tem um médico ali responsável pra gente ter um acesso maior a ele. A pessoa fica mais restrita. Você chega ali, olha o bebê, e tem que tipo assim, esperar, ou comunicar alguém... as vezes a pessoa não está no momento. Sempre tem algum motivo assim, que nunca dá certo. E você tem que vir mais cedo pra encontrar um médico. Acho que a falta de esse negócio médico da UTI com os pais do paciente. Tirando isso, tá tudo bom.” (E15)

“Estou sempre vindo. Estamos sempre informados pela pediatra. Os enfermeiros também, sempre que podem, passam alguma coisa dentro daquilo que eles podem passar. No geral eles recomendam falar com a pediatra, eles dizem os melhores dias, os melhores horários. A minha esposa, por exemplo, ela vem mais de manhã porque é o melhor horário pra conversar com os pediatras.” (E12)

“Mas, assim, pela parte... é... eu já ouvi reclamação não só daqui como de outros hospitais, os profissionais, assim... os médicos, parece que é um tipo de favor que eles estão te fazendo. Porque quando você vai fazer qualquer tipo de pergunta, são extremamente grossos! E a gente vai com aquela educação, vai conversar, vai pedir... [...] Você não pode perguntar que elas te falam de uma maneira como se você já soubesse a matéria.... e se eu soubesse eu seria médico, e não militar! E não precisaria dela! Né? [...] Tudo bem, eu tenho que estar aqui pra saber do que que vão precisar de mim. Sempre escutar... só que a comunicação com a gente é complicada né. Porque tem muita gente grossa... e... acham que tão fazendo um favor, e não que a gente paga nossos impostos e que a gente se mata de trabalhar pra tudo estar funcionando né.[...] Eu acho que pra lidar com criança, você já

tem que ser paciente, com criança tem que ser o dobro. Com os pais então... os pais estão sensíveis! Não é fácil, não é fácil estar aqui numa UTI!” (E18)

É possível perceber a busca por informações através dos relatos dos pais homens. Adquirir informações sobre o filho é uma forma de controlar a situação e sentir-se pai. Morsch e Braga (2007) falam sobre o conceito de “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. Consiste em um comportamento das mães em que elas valorizam e priorizam os relatórios médicos e prontuário se apropriando de linguagem técnica. É uma forma de estabelece o início de sua interação com seu filho, sendo um caminho encontrado para se aproximar da criança e exercer assim a maternagem. Esse comportamento, segundo Morsch e Braga (2007), busca encontrar informações da história de seu filho para que, aos poucos, seja individualizado e entendido como seu.

De maneira semelhante, esse tipo de comportamento de busca de informações também é observado nos pais homens do presente estudo, apesar do conceito de Morsch e Braga (2007) só contemplarem a figura materna nessa situação. O relacionamento inicial do pai com o filho é estabelecido através das notícias médicas diárias.

Apesar de cada profissão ter suas peculiaridades e a equipe médica ser responsável por comunicar diagnósticos, o fornecimento de informações e uma boa comunicação deve ser responsabilidade de toda a equipe de saúde e, principalmente do enfermeiro neonatologista. Ao estimular que os pais conversem sempre com os pediatras, os enfermeiros são vistos pelos pais como incapazes de fornecer informações sobre os recém-nascidos. Entretanto, é a equipe de enfermagem que costuma ter o controle das ocorrências e intercorrências de todo o setor e, especificamente, dos recém-nascidos internadas.

Kamada e Rocha (2006) tiveram como um de seus resultados que os pais referem ter pouco contato com a enfermeira, sendo uma relação distante e tem dificuldade em diferenciá-la dos demais integrantes da equipe de enfermagem. De modo diferente, identificam os médicos com precisão. Mesmo assim, os pais identificaram a importância fundamental do papel da enfermagem e também da equipe médica, apesar de não conseguirem definir ao certo qual a diferença da atuação do enfermeiro. Relataram que os pais dificilmente recorrem aos enfermeiros para realizar questionamentos ou pedir informações sobre a criança e seu tratamento.

Comunicar-se e passar informações para os pais deve ser prioridade de toda a equipe de saúde, principalmente dos enfermeiros, entendendo que, a partir do bom relacionamento que os pais estabelecem com a equipe, adquirem confiança na assistência que o filho está

recebendo, o que gera tranquilidade e melhor enfrentamento da situação. Sobre isso, o pai 3 fala:

“A equipe... quando a equipe médica se porta de modo a viabilizar confiança nos pais, fica tudo bem.” (E3)

A comunicação não compreende apenas a linguagem verbal, mas também é realizada através de linguagem não-verbal. O trecho do diário de campo relata uma situação em que qualquer profissional atento poderia identificar as necessidades dos pais e intervir, amenizando a ansiedade dos pais. Segue trecho da observação participante e diário de campo:

Cheguei ao setor e o pai e a mãe estavam presentes junto ao leito, conversando. Tocaram o bebê. [...] Após 5 min, se retiraram do setor. 15 minutos após, pai e mãe retornam ao setor. [...] Parecem ansiosos. [...] Nenhum integrante da equipe de saúde mantém contato com eles. Pais se retiram da unidade novamente, após menos de 10 minutos. Pai retorna sozinho ao setor. Permanece observando o RN. Chama a técnica de enfermagem e pergunta se o seu filho já foi atendido. Tem a resposta que ainda não. Ele espera o atendimento médico e mais uma vez demonstra ansiedade. Passam alguns minutos e a mãe retorna ao setor. Fica olhando o RN e a fisioterapeuta oferece uma cadeira para que ela sente. Ela pergunta se o médico já passou. A fisioterapeuta diz que não e começa a explicar o caso do bebê para a mãe, retirando suas dúvidas. Falou sobre o problema respiratório e os aparatos tecnológicos utilizados, sobre a sonda gástrica e a dieta 0. A mãe pergunta sobre o tempo médio para o seu filho ter alta. Ela responde que ele precisa melhorar a parte respiratória pra ir para a UI pois já tem peso inclusive pra ir. Pergunta também sobre a touca que o prematuro utiliza e se é para proteger os olhos. Ela responde que não, que só existe proteção ocular quando a criança está em fototerapia. A touca é para fixar o tubo do CPAP, auxílio ventilatório para o bebê. Foi a única profissional no período que estive que retirou as dúvidas dos pais e assim reduziu sensivelmente a ansiedade deles. (Diário de campo 5)

A família e os pais de recém-nascidos internados em UTIN carecem de atenção especial. São considerados de risco já que apresentam dificuldades para cuidar do filho, tem prejuízos quanto à auto-estima e à autoconfiança na competência de criar. A equipe de saúde precisa conhecer a influência da família para o recém-nascido. (SCOCHI et al, 2003)

Arockiasamy et al, (2008) constataram que mesmo sendo variada a avaliação sobre a quantidade de informações que receberam sobre seus bebês, todos os pais homens sujeitos de seu estudo disseram que a obtenção de informações é importante para recuperar o controle da situação de ter um prematuro internado em UTIN.

Obter informações foi fundamental para a segurança de que eles poderiam tomar decisões apropriadas em relação aos cuidados do bebê, aumentando sua sensação de controle. Além disso, o envolvimento dos pais é crucial quando grandes decisões têm de ser feitas a respeito dos cuidados clínicos da criança. Essas decisões podem incluir situações críticas, de vida e morte, dilemas éticos e religiosos. Assim, o processo de tomada de decisão, que já é complexo, torna-se ainda mais difícil para o pai se ele tem não foi capaz de se envolver intimamente na relação com o bebê e seus cuidados na UTIN. (AROCKIASAMY, 2008)

Os pais homens ressaltam a instituição hospitalar como boa o suficiente para conferir um bom cuidado ao seu filho. Entendem que, ao prover um bom hospital, estão garantindo o cuidado que o pai deve fornecer ao filho. Dizem que não “tem do que reclamar”, relatando que a equipe de saúde é competente, o que gera tranquilidade nos pais.

“Aqui? Olha... não tenho do que reclamar não, tenho até a elogiar. Ótimo! Adorei o hospital, o atendimento... [...] E não tenho que reclamar. Eles são muito rigorosos com revista, com tudo. Eu adorei.” (E10)

“Então, a princípio, agora, vendo dessa maneira, eu não tenho do que reclamar, nem do hospital, nem da unidade, da UTI em si. Tá? [...] Tem sido muito bom. Muito bom mesmo. Aqui a equipe é muito boa, sabe? A atenção dos enfermeiros. A atenção dos médicos. Muito bom. Eu gosto do trabalho aqui. Tenho gostado.” (E12)

“Mas fico tranquilo porque sei que ele tá sendo bem cuidado aqui.”(E21)

“Pelo que eu to vendo, ótimo. *Show de bola*. Pelo tratamento dele ali, que eu to vendo. O pessoal tá sempre ali, olhando, eu to vendo como é que tá. Dando banho nele, trocando a fralda... *Show de bola*. Eu achei excelente.” (E2)

“Gostei do trabalho daqui. As pessoa trabalha direitinho. Entendeu? Presta atenção neles. Eles tem bastante carinho com o bebê. E eu gostei do desempenho deles. É.. no momento que eu vi. Eu vi que ele é cuidado com toda a delicadeza pelas enfermeiras.”(E17)

De maneira semelhante, Kamada e Rocha (2006), identificaram que os pais e mães valorizam o cuidado de enfermagem ao recém-nascido, relatando que a equipe da UTIN realiza os cuidados com delicadeza e atenção, sendo competentes e conferindo segurança e calma aos pais. Nesse estudo, identificou ainda que, na visão dos pais, o mais importante é manter os recém-nascidos limpos, medicados e cuidarem com dedicação e carinho.

Segundo os pais homens, o parâmetro que testifica o bom cuidado dos profissionais de saúde é a evolução clínica do prematuro. Se a criança reduz sua dependência de tecnologias

progressivamente e tem crescimento e desenvolvimento visível, isso é diretamente relacionado por eles à qualidade do cuidado dos profissionais de saúde ao prematuro.

“Então eles estão tomando todas as medidas, tudo certo pra... até porque ela tá evoluindo muito bem.”(E14)

“Ah, bem né? Se tá dando jeito, eles tão sendo bem tratados! (risos) acho que são bem tratados.” (E16)

“Porque toda vez que a gente vem aqui, a gente vê uma mudançazinha de melhora, e não de piora, entendeu? Triste é quando o pai está com um filho, que ele chega no hospital e o filho tá sempre piorando, tá sempre piorando. Normalmente o pai vai achar que não tá sendo bem cuidado.” (E8)

Outros pais homens relatam alguns pontos negativos, caracterizando um relacionamento conflituoso em alguns momentos com a equipe de saúde, o que gera insegurança no pai da entrevista 18.

“Por mais que esteja com... uns funcionários ignorantes lá, não só comigo, mas com outras crianças também, mas fora isso, tudo bem sim.”(E5)

“E... assim... há muito... como agora, eu cheguei assim... e eles, alguns... são muito relapsos. Como a minha esposa acabou de me dizer que ela chegou aqui e ele tava com aquele foto... com aquela luz em cima do meu filho. E o óculos dele estava fora, ele estava chorando ali, e ninguém olhou! Ela teve que botar porque o pessoal... o pessoal, ninguém dá a mínima, entendeu? Assim, eu acho que deveria ter um enfermeiro pra cada leito específico pra poder cuidar, estar sempre olhando... [...] Mas que tivesse um pouco mais de atenção porque... apesar de ser filho dos outros, um dia pode ser o seu, né? [...] É como eu falei, é... tem uns que cuidam direito, tem uns que são relapsos... tem uns que pegam teu filho e parece que estão pegando um saco de lixo... pega de qualquer jeito e bota lá. É complicado. [...] Entendeu? Então a gente fica bastante preocupado! Pô, se tá cuidando do meu filho assim, como é que a gente vai deixar sozinho? E vai confiar?” (E18)

3.4 O CUIDADO AO PREMATURO NA UTIN NA PERSPECTIVA DOS PAIS HOMENS

No dia a dia da UTIN, os pais tem diversas reações diante de seu prematuro. Segundo Mittag e Wall (2007) Alguns conversam com os bebês, outros tocam, outros ficam só olhando e não chegam nem a abrir a incubadora. Alguns ajudam em cuidados básicos. Entretanto, muitos podem chegar a se afastar de seu filho nesse momento em que tanto necessitam de seus pais. Nessa unidade temática, abordaremos como o pai significa e influencia as relações de cuidado na UTIN e como se envolve nesse cuidado.

3.4.1 Ir à UTIN e cuidar do prematuro: superando obstáculos e revelando as motivações.

Nessa subunidade são discutidos os diversos obstáculos que os pais homens encontram para a permanência na UTIN. A começar pela necessidade de voltar ao trabalho e as restrições de horário impostas pela rotina da instituição para a visita. Revelam também suas motivações para ir à UTIN, seja para auxiliar no desenvolvimento do filho, seja para seu próprio benefício, relatando que estar com o prematuro gera prazer, dentre outros.

No Brasil, a licença paternidade de 5 dias úteis, após o parto, foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, (BRASIL, 1988) o que, nas condições de nascimento de risco ou de prematuridade, não é suficiente para o acompanhamento na hospitalização.

Sobre a legislação e a dificuldade vivenciada em ter apenas 5 dias de licença paternidade para acompanhar o prematuro, o pai relata:

“E outra coisa que para o pai é muito ruim, que é na questão de direito... o... a lei só dá 5 dias pra que a gente possa ficar perto dos nossos filhos. [...] só tem eu pra ficar aqui com meu filho. Até a médica estava falando aqui, eu tive que chegar hoje mais tarde porque eu não pude deixar de fazer algumas coisas do trabalho. Porque não dão totalmente a isenção, porque deveriam dar a isenção porque meu filho está na UTI e ele está com uma emergência muito grande! [...] A parte do governo, de travar a gente, não deixa a gente cooperar! Nós, pais, podemos cooperar muito mais que a mãe! [...] e a gente faz o que a gente pode né? Durante esses 5 dias! Agora como eu to a mais, eu pedi uma declaração da assistente social e vou dar lá... agora, se vão dar falta ou não, aí é com eles mesmos, mas eu que não vou deixar meu filho! Entendeu?”(E18)

A dificuldade de liberação das atividades laborativas, acrescida da questão cultural em que o cuidado é essencialmente tarefa feminina, afasta ainda mais o homem do cuidado direto ao recém-nascido, prejudicando a formação do vínculo pai-bebê.

Entendendo a importância da presença paterna nos primeiros dias de vida do recém-nascido para a própria criança e para a família, existe atualmente um projeto de lei, PL 3935/2008, em processo de análise, que pretende ampliar a licença paternidade para 15 dias.

Pensando-se especificamente no prematuro, foi criado um projeto de “Lei do Prematuro”, PL 1164/2011 que tem a intenção de garantir a extensão da licença maternidade para mães de prematuros. Assim, a licença maternidade comum só passaria a ser contada no momento que o prematuro atingisse 37 semanas. Nesse projeto de lei, não se fala da extensão da licença paternidade em caso de nascimento prematuro. Está em processo de aprovação.

Até poucas décadas atrás, o modelo predominante e imposto socialmente era o do pai como provedor financeiro. Com papel autoritário e distante dos relacionamentos familiares, o pai desempenhava papel reduzido sobre a criação e educação dos filhos. (SILVA; PICCININI, 2007)

Esse modelo patriarcal é centrado na figura masculina e consolidou-se com a família nuclear burguesa. Tem rígidas distinções entre os papéis de cada sexo. Assim, a mulher permanecia sendo dona de casa e responsável pelo cuidado aos filhos e é submissa e obediente à figura paterna. (ABRAMOVITCH, 1997; COELHO, 2005). Esse modelo é também chamado de modelo hegemônico e tradicional de paternidade. (SILVA; PICCININI, 2007)

Mesmo com seu recém-nascido em internação de risco, o pai volta ao trabalho e desempenha suas funções de provedor, restringindo seus horários e dias de permanência junto ao seu filho.

Os pais homens buscam organizar o tempo para acompanhar o filho prematuro na internação e realizar suas atividades laborativas. Alguns encontram maior flexibilidade que outros.

O pai da entrevista 3 tem por profissão “programação e design”, é autônomo. Fala sobre a importância de seu papel como pai de provisão financeira. O pai da entrevista 4 relata que está desempregado, tem assim mais tempo disponível.

Os pais das entrevistas 5, 11 e 13 que tem as ocupações de motorista, despachante e ajudante de pedreiro respectivamente, organizam o tempo antes ou após o trabalho, ou em dias alternados. Outro pai, na entrevista 10, também motorista, fala do desejo de estar 24h

acompanhando a filha e sua esposa, mas encontra restrições a isso devido ao trabalho. Já o pai 8, sendo marceneiro autônomo, também consegue administrar seu tempo com maior liberdade. Entretanto, diz, em conversas na observação participante da pesquisa, que reside muito distante da unidade hospitalar, assim, para não prejudicar suas tarefas no trabalho, prefere ir em dias alternados à UTIN, permanecendo todo o dia.

“Foi o que eu falei, que eu estava até conversando com ela [mãe] sobre isso anteontem. Pra ter um pouquinho de paciência, que eu sei que eu estou um pouquinho ausente. Mas... não adianta! Se o filho tem uma mãe sem trabalhar, ok. Mas se tem a mãe e o pai... não tem como. Isso não existe! Alguém tem que trabalhar. E aí a minha parte é mais essa. É mais trabalhar mesmo.” (E3)

“Sim sim, sempre quando eu posso. Por coincidência hoje eu estou mais cedo. Mas... atualmente eu estou desempregado. Fazendo extra. Eu faço lá o meu trampo e venho pra cá, a hora que eu posso.” (E4)

“Só quando eu venho. Eu não venho todo dia não porque eu trabalho.” (E5)

“Mas eu faço o esforço de vir aqui todo dia de manhã. Trago ela, ela fica aí. Eu vou trabalhar, volto, passo aqui e olho ele de novo e depois vou pra casa.” (E11)

“Ah, eu venho todo dia aqui. Antes de ir pro trabalho.” (E13)

“E... o tempo todo eu quero estar. Só não posso estar 24h. Infelizmente tenho que correr atrás do pão né. Mas se eu pudesse, eu estaria aqui 24h, com a minha esposa e com minha filha!” (E10)

“Depois que eles nasceram aí, mesmo assim eu continuei vindo. Todos os dias. Quando ela [a mãe] foi pra casa, aí é que começamos a mudar. Um dia sim, um dia não. Um dia a gente vem, no outro dia, não. Pra não prejudicar muito o meu trabalho também.” (E8)

Realizar as tarefas de provisão financeira também é uma forma de se entender como pai e exercer a paternidade. Entretanto, o pai tem um tempo reduzido para estar com seu filho e desenvolver a ligação afetiva. O número de horas que o pai permanece no emprego interfere diretamente na participação no cuidado.

A disponibilidade de tempo para a interação com o filho é uma das características do envolvimento paterno. Entretanto, não quer dizer que mesmo com pouco tempo disponível, o envolvimento e participação não seja possível já que é necessário que se tenha um tempo de qualidade junto às crianças, com disponibilidade para a interação, mesmo que este seja curto.

Na UTIN, a equipe de enfermagem deve estar atenta para, no período, mesmo que curto, em que o pai está presente, estimular a interação com o prematuro, seja em cuidados,

seja realçando as características e potencialidades da criança, auxiliando na formação da ligação afetiva. Assim como, é importante identificar possíveis dificuldades de aceitação, possibilitando diálogo e auxílio aos pais.

As relações de trabalho são identificadas como uma dificuldade extra que os pais tem que lidar, mas ao mesmo tempo, os pais homens de diferentes estudos veem o trabalho positivamente: como uma ferramenta terapêutica para lidar com a situação de maneira eficaz, encontrando consolo e modos de enfrentamento;(HOLLYWOOD, 2011) como suporte social, no momento em que eram liberados parcial ou totalmente das atividades laborais para acompanhar a hospitalização de seu filho. (SANTOS; BOUSSO, 2006); como o método primário do pai de contribuir positivamente para o apoio da família, exercendo o papel de provisão financeira, o que reforça o seu senso de controle. (AROCKIASAMY, 2008)

Dessa forma, transformações sociais ocorridas no espaço tanto público quanto privado, principalmente a partir da década de 60, afetaram de forma intensa a forma de constituir a identidade de gênero. No ambiente doméstico, homens passaram a compartilhar com mulheres os cuidados com a casa e com os filhos. Isso traz uma reformulação da identidade masculina tradicional. Modifica-se a visão de homem como exclusivo provedor da família. (FREITAS et al., 2009).

Assim, a partir da década de 80, o novo pai começou a ser retratado na mídia e literatura, sendo mais comprometido e participativo com a educação infantil e com o cotidiano familiar, sendo tão capaz quanto a mulher. (WALL; ARNOLD, 2007)

A paternidade tradicional, onde o homem não participava da vida doméstica teve seu declínio, trazendo como consequência mudanças nas relações parentais e novas modalidades diversas do ser pai. (FREITAS et al, 2009).

Dessa forma, na sociedade pós-moderna, surgem novos tipos de família. O modelo hegemônico não mais corresponde à realidade da maioria das famílias ocidentais. A paternidade se ampliou com um maior envolvimento afetivo com os filhos, sendo denominado como paternidade afetiva. (BALANCHO, 2004)

Entretanto, essa transição é gradual e não está completamente concluída e em uma mesma família, muitas vezes são exercidas as duas formas de paternidade. O pai 15, em sua fala, demonstra essa transição entre a paternidade hegemônica e afetiva:

“Então até o momento eu estou podendo estar presente, não está atrapalhando minha vida profissional... e mesmo que atrapalhe, eu vou logo dar preferência à minha família.” (E15)

Essas mudanças sociais tem proporcionado oportunidade aos homens de refletirem sobre suas experiências na paternidade e seus papéis nas relações familiares. Entretanto, para que os homens deixem de vivenciar a paternidade de forma distante, é preciso que tanto homens quanto mulheres reflitam sobre seus atributos e papéis sociais. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Os pais tem o direito de estar presente em tempo integral com a criança em caso de hospitalização, como ocorre com prematuros ou recém-nascidos doentes. Esse direito é garantido pelo Estatuto Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8.069/1990, artigo 12º estabelece que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”, desde a CF de 1988.

A portaria nº 930, publicada em 10 de maio de 2012, fala sobre a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Em suas diretrizes, cita sobre o respeito, proteção e apoio aos direitos humanos, assim como sobre a necessidade de estímulo para a participação, da mãe e do pai como cuidadores principais ao recém-nascido.

Apesar da legislação garantindo à criança a permanência dos pais nas unidades de terapia intensiva, ela muitas vezes não tem o pleno cumprimento. Segundo Gaíva e Scochi (2005), na maioria dos hospitais, a visita dos pais tem restrições, sempre bem controladas e rígidas como: o momento de procedimentos invasivos, horário da visita médica ou passagem de plantão da equipe de enfermagem, espaço físico pequeno. Além da impossibilidade dos pais permanecerem no período noturno.

Na UTIN do cenário de estudo, os pais podem permanecer de 08h às 20h. Na Unidade Intermediária (UI) neonatal e na Enfermaria Canguru, locais onde as crianças estão em menor gravidade, é permitida a entrada livre da mãe, durante o dia ou noite. Ao pai, no entanto, não é garantido esse direito, permanecendo restrito aos mesmos horários da UTIN. Um dos pais homens cita sobre o horário para entrar na UTIN. Outro fala sobre a possibilidade de acesso à unidade e, em trecho transcrito da observação participante, os pais discutem a possibilidade da mãe pernoitar na UI.

“Eu estou sempre aqui. 6h da manhã eu estou lá fora. É permitida a entrada às 8h né. 6 da manhã eu já estou ali fora esperando, pra entrar aqui e ver como ele tá... já ver se alguém tirou alguma coisa dele... se mudou qualquer coisa.” (E18)

“Antigamente não existia isso que a gente tem hoje. Antigamente o filho ficava lá, o pai olhava pelo vidrinho assim e só via o bebê lá dentro. Não chegava perto. Mudou muito. Hoje está 50% melhor do que era antes. Mas tem que melhorar mais a parte de medicina tem que melhorar muito.” (E8)

Eu estava no posto de enfermagem da unidade intermediária. Os pais dos gemelares que já tinha entrevistado quando estavam internados na UTI, estavam agora com seus bebês na UI. Eles vieram conversar sobre os bebês. O pai ressalta como são espertos e estão evoluindo bem. Discute a possibilidade da mãe passar a noite na unidade. E perguntam minha opinião sobre isso. A mãe não deseja ficar, já que não está amamentando e diz: - O que vou fazer a madrugada toda aqui? Se eles estivessem no peito, tudo bem... mas ainda estão mamando pela sonda! O pai, entretanto, deseja que a mulher fique. (Diário de campo - Observação 30)

manual técnico de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru fala sobre a necessidade de facilitar a entrada dos pais nas unidades neonatais. Diz que o acesso e permanência de pai e mãe não deve ter restrições de horários. (BRASIL, 2011)

Em relação ao pai de prematuro, desde 1999, com a implantação da norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru no Brasil, destacou-se a importância do pai no processo de parentalidade e formação da paternidade. Essa norma teve sua atualização em 2007, quando teve seu nome modificado de Método Mãe-Canguru para Método Canguru, através da Portaria nº 1.68.3, buscando incluir o pai e outros familiares no método. (BRASIL, 2011) A paternidade tem se modificado e é reflexo de inúmeras alterações no contexto socioeconômico e cultural. (LAMB, 2004)

A Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decretou a Lei Nº 5831, de 28 de Outubro de 2010 que “dispõe sobre a fixação de aviso nos hospitais informando o direito do pai, mãe ou responsável permanecer com seu filho, em caso de internação hospitalar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo primeiro diz que fica obrigatória a afixação de cartazes, à vista da população, nas dependências dos hospitais, maternidades e postos de saúde da rede oficial, particular e conveniados, informando que, de acordo com o estatuto da criança e do adolescente, é direito do pai, mãe ou responsável legal permanecer com seus filhos em caso de internação.”

Em prol do cumprimento efetivo dessas leis, o “Instituto PAPAI” e o Grupo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco (Gema/UFPE), em parceria com a Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG) realizam algumas mobilizações e campanhas como a “Pai não é visita!”, pelo direito de ser acompanhante e a

campanha “Dá licença, sou pai!”, defendendo a ampliação da licença paternidade. Para isso, lançou cartilhas, folhetos e vinhetas, visando mobilização popular.⁸

Como relatado, os pais homens encontram dificuldades diversas para ir à UTIN devido a questões trabalhistas, restrições de permanência no ambiente hospitalar e, também, em alguns outros momentos, é solicitado que ele se retire, como em procedimentos invasivos.

Entretanto, os pais homens do estudo apontaram aspectos positivos e motivadores para acompanhar o prematuro internado, superando os obstáculos geradas pela instituição ou equipe de saúde. Eles relatam sobre a importância, para o prematuro, de dar apoio, estar presente e fornecer “tratamento emocional”. Segundo eles, o bebê identifica quando seu pai está presente. Os pais retratam também que a presença tanto do pai quanto da mãe auxilia no desenvolvimento do prematuro, trazendo benefícios para a criança e acelerando a sua alta hospitalar.

“É mais um apoio né. Vamos dizer assim, um apoio moral. Não estou sabendo me expressar como, mas é mais um apoio moral pra criança.”(E10)

“Parece que ele amadurece mais rápido... Não, é o que eu falo, parece que é mais importante pra ele do que pra gente mesmo. Pra amadurecer mais rápido” (E5)

“Ah, eu acho que influencia sim, cara. Acho que influencia. Acho que ele desenvolve mais. Eu sempre venho aqui, encosto nele... Fico conversando com ele... Conversa de pai pra filho. Acho que desenvolve sim.”(E7)

“Eu acho que tudo que importa é o calor do pai e da mãe. Você tem que estar sempre presente.” (E6)

“Assim, pô, tipo assim, vendo assim... Dá pra ver que o bebê sente quando o pai dele tá perto ou não.” (E17)

“Isso faz bem pra ela [prematura]. É muito bom. Como eu acabei de dizer: estar todos os dias com ela, conversando, tocando nela... Ela sentindo o contato do pai e da mãe. Isso ajuda muito bem, ela a sair daqui.” (E14)

“Mas... a cada pessoa que ela sente, ela vai conhecendo as pessoas, sente sim. Influencia alguma coisa. Aquela coisa... um tratamento emocional.” (E4)

Na definição de paternidade, Oiberman (1994) diz que o pai entende como importante e único o seu papel no desenvolvimento infantil. Dessa forma, através dos depoimentos

⁸ O instituto PAPAÍ é uma Organização Não Governamental. Disponível em <http://www.papai.org.br/>.

descritos dos pais homens, é possível inferir que eles estão assimilando a paternidade e percebendo-se enquanto pais.

De maneira coerente com os depoimentos anteriores, Cruvinel e Pauletti, (2009), realizaram uma revisão de literatura e ressaltaram que a humanização dentro de uma UTIN é muito importante para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro ou de baixo peso. Dentro das ações para a humanização, destacaram a presença dos pais e a participação deles na internação com o filho prematuro, principalmente através do Método Canguru, relacionado ao seu melhor desenvolvimento.

Um bom envolvimento paterno contribui para o desenvolvimento intelectual, social e emocional dos filhos. (RIO DE JANEIRO, 2009) A qualidade de interações com a criança pode ser considerada um preditor do cognitivo infantil. Crianças com bom vínculo com seu pai são socialmente mais ágeis. Elas se tornam ligadas aos seus pais se, dentro do primeiro ano de vida, os pais buscam envolvimento com elas. A interação com os pais, nos primeiros meses de vida, influenciará o processo de desenvolvimento da criança, assim como na formação de sua personalidade. (SILVA *et al.*, 2006)

Na UTIN, é preciso conciliar tecnologias avançadas com a humanização e as interrelações, principalmente entre pais e bebê. Todavia, ainda se observa dificuldades na compreensão do enfermeiro de seu papel fundamental em realizar estratégias de humanização, aproximando os pais na relação pai-filho. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009)

Ao entender sua ação nas relações dentro da UTIN, a equipe de enfermagem pode então estimular os pais homens a interagir com o prematuro, informando-o sobre a importância disso para o desenvolvimento de seu filho.

Outra motivação falada pelos pais homens para ir à UTIN e acompanhar a internação do prematuro foi a intenção em fazer com que o filho o reconheça como pai desde o início da vida. Demonstrem dessa forma o desejo de ser pai. Interpretam a interação e respostas a estímulos realizados ao prematuro, como reconhecimento do seu pai. O pai da entrevista 2 fala também intrinsecamente do receio futuro, de ser visto como um pai ausente em um momento importante na vida do filho.

“Parece que ele vai reconhecendo logo a gente, desde cedo também. [...] conhecer logo os pais deles.”(E5)

“Ah, no convívio né cara. É que um dia ele não vai poder falar mal do pai que não foi presente.”(E2)

“Influencia sim. Se a criança reconhece o pai, conhece a mãe, entendeu? Isso, com certeza ela sente, a criança. Se eu fosse um pai 100 % ausente, não chegou a me conhecer ainda, talvez não influenciaria em nada.” (E4)

“Eu acho que isso é imprescindível pra criança. Não sei explicar assim... num sei... tipo... a criança, por mais que ela não entenda, mas ela sente né... aí a criança vai saber quem é o pai” (E10)

“Eu fico aqui, eu boto meu rosto pra elas verem mesmo. Eu boto minha cara feia mesmo, eu acho isso é válido mesmo. Importante. Importe. Lógico que é importante. Eu sou suspeito pra dizer isso né... o quanto é importante! Eu sou pai né! Mas é... importantíssimo.” (E1)

A partir do movimento feminista, ocorreram mudanças na forma de viver e construir a identidade de gênero. A partir dele, conquistas no mundo do trabalho são observadas como a inserção das mulheres em atividades laborativas antes reconhecidas como exclusivamente masculinas. As mulheres assumiram liberdade financeira, de pensamento e autonomia para decidir sobre a escolha de seus parceiros. Os arranjos familiares se modificaram, aumentando o número de lares chefiados por mulheres. (FREITAS, et al., 2009)

O movimento feminista não trouxe modificações apenas para as mulheres, mas também influenciou a paternidade, trazendo verdadeira transformação social. Ocorreu a emancipação da mulher, não tendo mais o domínio masculino, acompanhada dos avanços científicos que medicalizaram a procriação e a fertilidade. Assim, a mulher tem a possibilidade de ter prazer sem filhos e ter filhos sem prazer, excluindo o homem dessa decisão e conferindo poder de escolha à mulher, aliada com a ciência. Assim, o homem em alguns momentos acabou se convertendo em reprodutor, com menor autonomia de decisão sobre quando quer ter seus filhos. (TEIXEIRA; PARENTE; BORIS, 2009)

Na contemporaneidade, o homem procura resgatar sua identidade de pai. A busca pelo reconhecimento por parte do filho de quem é o seu pai, relatado pelos pais do presente estudo, pode ser reflexo histórico sócio-cultural das estruturas familiares brasileiras. Cabe também ressaltar que apenas 5 dos homens entrevistados era casado, 17 eram solteiros e desses, 15 relataram ter união estável com a mãe do prematuro. Isso reflete os novos padrões familiares brasileiros, nos quais reduziu-se o número de casamentos civis, sendo substituído por “união estável” ou por mulheres chefes de lar.

Dessa forma, quando o pai da entrevista 2 diz sobre a importância de estar com o prematuro baseado no respaldo de que futuramente o filho não poderá dizer que o pai foi

ausente, reflete uma cobrança social em que é comum que o pai se afaste do lar e deixe os filhos apenas sob os cuidados maternos.

Os pais homens também relatam que sentem prazer em estar com o filho. Ir à UTIN traz benefícios para o próprio pai e, de modo contrário, não ir traz emoções negativas. Os pais também comentam sobre os momentos que o filho responde a estímulos à presença do pai e o quanto isso é importante para eles. Demonstrem, dessa forma, ligação afetiva com o prematuro.

“Ah, é ótimo assim. Pra mim é ótimo. Excelente. Pra mim ficar com ele um pouquinho, poder falar para ele que eu estou aqui do lado dele. Aham. Ah, eu acho que ele sente falta do pai por perto.” (E2)

“E ver eles todo dia, que é bom né? Eu venho todo dia, todo dia, todo dia. [...] Pra mim ver como eles estão, se não eu não fico bem né. Se ficar um dia sem ver eles eu já fico agoniado já. [...] É bom vir!”(E16)

“Influencia muito mais pra mim e pra minha filha! Eu gosto de estar com ela, tocá-la, a gente ama, a gente desejava um filho. [...] E agora, hoje, a gente procura estar aqui. Pra mim, me faz muito bem estar aqui. Vim ver a minha filha. Influencia muito pra mim e pra ela. [...] Pra mim é super importante! (risos). Super! Super! Vê-la, conversar com ela... ouvir os gritos, o choro... perturbar até ela abrir o olho... É bom, eu considero muito importante. Faz bem!” (E12)

“Não parece, mas as crianças assim, recém-nascidas elas escutam sim. Porque você vai lá, você conversar e eles se mexem, choram. É bastante comovente.” (E6)

Através das falas é possível inferir sobre a construção da paternidade afetiva, onde o pai é mais envolvido com seu filho e a relação com ele gera prazer. Esse prazer e interesse no filho no filho também é uma característica importante do *engrossment*. Na medida em que o pai passa a enxergar a criança além de sua prematuridade e da necessidade de suporte avançado para a manutenção da vida, ele consegue ter prazer na paternidade.

Em concordância com as falas, a dedicação aos filhos favorece aos próprios homens, expandindo suas experiências e vivências para além da provisão do lar. (RIO DE JANEIRO, 2009) Torrão Filho (2005) diz ainda que a paternidade é uma oportunidade do homem ampliar suas dimensões internas e expandir-se com uma nova relação com a vida. Lyra, Medrado e Lopes (2007) dizem que cuidar traz benefícios à saúde de quem cuida, assim, os homens precisam assumir seu espaço enquanto cuidadores de seus filhos.

Os pais homens também falaram que necessitam ir à UTIN para que a equipe de enfermagem e médica entendam que o prematuro é importante para a família, e, a partir disso, invistam em seu tratamento intensivo. Segundo eles, se nem a mãe nem o pai frequentarem a UTI, a equipe não irá cuidar da criança da melhor forma possível. O pai 12, apesar de considerar essa idéia, não concorda com ela, dizendo que os profissionais realizam o cuidado ao seu filho mesmo na sua ausência.

“Porque... eu, pelo menos eu acho na minha cabeça, entendeu? Eu acho que a gente participando mais, tal, os médicos vão ver que a gente está preocupado, está naquela ansiedade.... e tal... E eu acho que eles focam mais naquilo. Eu acho que é assim.” (E6)

“Já pensou se eu largar o bebê aí... ficar uma semana, duas sem vir? Deixar por conta do hospital? Como que vai ser?” (E8)

“Eu creio que... não assim... dizendo que os médicos e os enfermeiros fazem alguma coisa além. [...] Mas pro tratar deles eu creio que a minha presença não influencie em nada. Eu creio que eles fazem mesmo na nossa ausência. Eu creio que é uma boa equipe, e me passa confiança. Me passa, entendeu?” (E12)

O código de ética de enfermagem traz no Artigo 12 e 15 da Seção 1, que é responsabilidade e dever da equipe de enfermagem assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência; e é dever prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza. (COFEN, 2007)

Dessa forma, a equipe de enfermagem não realiza assistência de maneira diferente estando a família presente ou não. Cabe à equipe gerar confiança nos pais homens para que entendam o cuidado integral e de qualidade ao prematuro que é realizado na UTIN a todos os recém-nascidos internados, sem distinções.

3.4.2 As práticas de cuidado na UTIN e o pai: da sensação de incapacidade de cuidar à participação em auxílio nos cuidados ao prematuro

Essa subunidade traz a discussão sobre o cuidado na UTIN. Os pais homens dizem que não são capazes e não sabem cuidar do prematuro. Preferem participar observando o cuidado prestado pelos profissionais de saúde ou auxiliando a mãe nas tarefas de cuidado corporal.

A maioria dos pais homens relata que participam dos cuidados apenas no papel de observação.

Eles dizem que a equipe de enfermagem é quem realiza os cuidados aos prematuros. Como diz o entrevistado dois, apenas em observar, já significa para ele, participar do cuidado ao prematuro.

Já o pai da entrevista um, não considera que participa dos cuidados, mas ressalta o seu papel em observar o filho. Outro pai, da entrevista 08, fala ainda que procura não fazer muitas perguntas e apenas olhar.

“Participo não!!! [com surpresa] Eu participo assim, só de ver lá. Só de ver... de ontem, ontem a tarde eu fiquei aqui. Hoje de manhã também eu fiquei com ele... Só de eu ver pra mim é participar.” (E2)

“Não... não... só olhando. Eu não participo dos cuidados. [...] Eu prefiro até num estar... ficar só olhando mesmo. E não cuidar.” (E1)

“Participo. Durante o tempo que eu to no hospital eu participo. Eu vejo eles cuidado... Só olhando, e não faço muita pergunta não. [...] É, observando. A gente participa só em observação. Tanto eu como a mãe.”(E8)

“Mas assim, nesse caso, ali, a gente não faz muita coisa. A gente só assiste. A gente só vê. A gente só fica ali mesmo. Porque a equipe em si eles fazem tudo.”(E12)

O pai da entrevista 06 fala sobre a falta de oportunidade, até o momento, de observar os cuidados ao filho. Entretanto, o tempo de internação até a data da entrevista era ainda curto, de 2 dias.

“Bom, eu não observo o tratamento assim, na hora, e tal... eu não observo o tratamento. Mas até agora ele foi bem tratado. Porque normalmente nas horas que ele está sendo tratado eu não estou perto. Ou eu estou lá em cima com ela[no alojamento conjunto com a mãe], ou eu ainda não cheguei...eu ainda não tive essa oportunidade de ver assim de perto.(E6)

Já o pai 17 presenciou o momento em que a técnica de enfermagem trocou a fralda e administrou a dieta. Entretanto, ele diz ter apenas acompanhado e observado.

“Assim... Eu participei... eu participei só sexta e hoje que eu vi a moça trocar ali a fralda e dar o leitinho por aquele negocinho. Eu participei porque eu fiquei assim do lado, assim... assim um pouco acompanhando. Fiquei só olhando mesmo. Eu tô achando um pouco difícil. (E17)

Duarte, Sena e Xavier (2009) falam sobre a observação de pais e mães ao cuidado ao prematuro na unidade neonatal, com olhar vigilante sobre o trabalho dos profissionais de saúde. Com isso, eles tem o objetivo de garantir a segurança do filho, atentos ao que pode causar dano ou benefício. Kamada e Rocha (2006) dizem que, muitas vezes, os pais observam o cuidado e as ações da equipe de saúde não apenas ao seu filho, mas também a outras crianças.

Para o homem, a presença é um item importante para ele entender que está desempenhando seu papel de pai. Muitas vezes, mesmo sem tocar ou realizar tarefas de cuidado corporal, apenas oferecendo apoio, como discutido anteriormente, alguns homens conseguem sentir-se pais e entendem que estão cuidando do filho, em uma perspectiva de cuidado mais ampliada. Outros pais homens parecem entender o cuidado como realização de tarefas para atender as necessidades humanas básicas como alimentação e higiene.

O cuidado é entendido por Waldow (2006) como empenho em proteger, promover e preservar a humanidade. É importante para a promoção do envolvimento paterno, no aspecto da interação que se relaciona com o contato direto com o filho em atividades de cuidado, assim como no aspecto da responsabilidade para com o filho, providenciando alimentação, roupas e itens importantes para a criança.

A equipe de enfermagem muitas vezes não cria oportunidades para que os pais realizem cuidados corporais aos seus filhos. Entende-se, que, em um primeiro momento, pais e prematuro são submetidos a restrições devido à situação de risco e instabilidade clínica da criança. Ocorre uma separação brusca entre mãe, pai e o filho. (SÁ; COSTA; SÁ, 2012)

Em consequente, os pais necessitam compartilhar o filho com a equipe de saúde, que possui o saber técnico para manter a vida do prematuro. (SÁ; COSTA; SÁ, 2012) Assim, os pais homens entendem que ter um filho prematuro internado significa muitas vezes ser impedido de dispensar cuidados corporais à criança, sentindo-se “de mãos atadas”. Percebem as tarefas de cuidado como competência apenas da equipe, que possui a capacidade para tal feito. Dessa forma, permanecem em observação, ao lado da incubadora na UTIN.

Envolver os pais homens nos cuidados físicos é atribuição da equipe de enfermagem. A partir disso, será facilitado o envolvimento paterno e a ligação afetiva.

Em outro momento, os pais homens relataram que se sentem incapazes para realizar atividades de cuidado ao seu filho. Relatam que precisam ser ensinados para desempenhar tarefas básicas. Tem medo de tocar a criança e se percebem como “grossos” frente ao diminuto corpo frágil do prematuro. Todos os pais dos trechos de entrevista seguintes tem seus filhos internados, no momento da entrevista, na UTIN.

Os prematuros gemelares filhos do pai da entrevista 1 nasceram com 33 semanas e 5 dias de idade gestacional.

“Mesmo se eu tivesse...eu acho que... se eu tivesse é.. carta branca para poder cuidar, eu ia ter que ter uma aulazinha... porque eu não entendo nada. Tenho até medo de ficar tocando. Porque é muito... como é mesmo? Muito frágil.. e eu sou meio grosso com as coisas.” (E1)

A classificação do filho do pai 13 é pré-termo moderado e baixo peso ao nascer.

“Não que eu tenho medo de mexer nela. (risos) e nem abro ali a incubadora. Fico só olhando só.” (E13)

Já o do pai 18, é um prematuro limítrofe, com baixo peso.

“Já de ver o meu filho entubado... fica um clima pesado, o coração aperta, e a gente quer fazer alguma coisa e não pode, fica de mão atada. Entendeu?” (E18)

O do pai 19 é o de maior risco, um prematuro extremo com peso de nascimento de 400 gramas.

“Da criança? Ah, só procuro saber mesmo. Porque eu não posso fazer nada. Só os médicos. Então, só venho visitar mesmo, ver. Entendeu? É, chega ali, olhar assim. É difícil assim. [...] mas fico lá vendo né. É difícil ficar olhando...” (E19)

O recém-nascido prematuro limítrofe é aqueles que tem idade gestacional entre 35 e 36 semanas. O pré-termo moderado tem o nascimento entre 30 e 34 semanas e os pré-termo extremo, abaixo de 30 semanas de idade gestacional. Quanto ao peso ao nascer, é considerado baixo peso se abaixo de 2500g; Muito baixo peso, abaixo de 1500g e extremo baixo peso os menores e 1000g. (TAMEZ; SILVA, 2012)

A classificação através da idade gestacional e do peso ao nascer, apesar de por si só não indicar sempre a gravidade do prematuro, se faz importante nesse momento para entender a viabilidade da criança, já que o baixo peso e a prematuridade são importantes fatores de risco para a mortalidade infantil. (BRASIL, 2011b) A possibilidade do pai ser incluído nos cuidados corporais é relativa à gravidade e instabilidade clínica do prematuro.

Assim, os pais 1, 13 e 18, no momento da entrevista, tinham seus prematuros estáveis e o período de maior risco, as primeiras horas de vida, já havia passado. Assim, os prematuros requerem menor uso de tecnologia avançada de suporte a vida. Já o prematuro do pai 19 estava em maior risco devido à prematuridade extrema.

Dessa forma, dependendo do estado clínico do prematuro, é possível que a equipe de enfermagem insira o homem nos cuidados corporais ao seu filho, permitindo que troque as fraldas, dê a alimentação, mesmo que por sonda, pegue no colo ou faça a posição canguru. (BRASIL, 2011)

É importante incentivar principalmente o toque ao recém-nascido, mostrando suas qualidades e melhora clínica. Mostrar a capacidade interativa e seus reflexos também é uma

forma de envolver o pai e promover a ligação afetiva. (BRASIL, 2011) Dessa forma, o pai reduz gradativamente o medo de tocar e a sensação de incapacidade no cuidado.

Ainda é preciso ressaltar que o homem costuma permanecer na unidade neonatal um período de tempo curto, como discutido anteriormente, muitas vezes antes e após o trabalho. Assim, reduzem-se as oportunidades da equipe de enfermagem abordá-lo e estimulá-lo para os cuidados ao prematuro. Cabe especial atenção para intencionalmente criar chances desse envolvimento assim que o pai estiver presente.

Culturalmente, o papel de cuidados físicos às crianças é essencialmente feminino. Dessa forma, os pais relatam que quem mais participa dos cuidados ao prematuro internado é a mãe.

“Quem participa mais é a minha esposa. Só quando eu venho. [...] Ela fica mais, que ela acompanha mais do que eu. Ela que participa mais desses negócios assim. Dos cuidados dele.” (E5)

“A mãe fica o tempo todo mesmo né... dá de mamar...”(E2)

“Quem faz o maior cuidado mesmo é a mãe.”(E4)

Segundo Fregan, Helseth e Solveig (2008) existem diferenças entre o relacionamento de mães e pais. Mães são mais emocionais do que pais, e os pais tem significativamente mais dificuldade na interação com o bebê prematuro e com seus cuidados. A frequência de visitas dos pais à UTIN, possibilitando maior confiança para cuidar é um significativo preditor de relacionamento do pai com a criança posteriormente e da qualidade do desenvolvimento do bebê.

Segundo Lyra, Medrado e Lopes (2007), é necessário não reforçar preconceitos e estereótipos em que os homens não sabem ou não podem cuidar, ou que o cuidado é próprio da mulher. Diz ainda que é importante que os profissionais de saúde, assim como a sociedade em geral estejam preparados para entender e aceitar como cada homem significa e percebe o cuidado e qual o lugar dessa dimensão em sua própria vida.

À mulher é cobrado um bom desempenho nos cuidados à criança, inclusive no plano afetivo, sendo cultural a idéia de que a mãe necessariamente ama e é envolvida afetivamente com seu filho. (LYRA; MEDRADO; LOPES, 2007)

Entretanto, o relacionamento adequado entre mãe e recém-nascido não é completamente assegurado. É um processo que as mulheres precisam aprender. E, assim, desempenharão de forma satisfatória o papel de mãe. (SILVA et al., 2006) Com o homem não é diferente.

Essa construção o vínculo materno não é um processo fácil ou automático, principalmente para os casos de nascimento prematuro. A equipe de saúde pode contribuir ao perceber o prematuro como sujeito com suas necessidades psicossociais, resgatando a importância da maternidade. Segundo Sá, Costa e Sá (2012), isso deve ser realizado através dos cuidados diários e da comunicação, com ênfase no toque, principal estímulo para o desenvolvimento da relação entre mãe-filho. Compartilhar os cuidados do bebê com a equipe de enfermagem é uma forma de enfrentamento da situação difícil e compreensão da realidade de ser mãe e pai.

Segundo Klaus e Kennel (2000), mães e pais não possuem papéis iguais, mesmo frente às mudanças sociais atuais. Pai e mãe costumam combinar as responsabilidades em relação aos filhos, buscando uma complementação. O pai merece atenção especial quanto à equipe de saúde, para não ser visto apenas como substituto da mãe mas como importante e necessário para o desenvolvimento da criança. Assim, o esperado do comportamento parental é uma complementação entre pai e mãe, gerando uma dinâmica familiar favorável à criação dos filhos.

Prado e Vieira (2003) em uma revisão de literatura, dizem que a mãe interfere na maneira como o pai se comporta em relação aos filhos. É importante que a mulher ceda espaço e apóie o homem na paternidade, permitindo que este desempenhe seu papel. Entretanto, essa mulher pode sofrer consequências de julgamentos sociais quando são passíveis de críticas no sentido de não assumirem as tarefas culturalmente instituídas como responsabilidade materna. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Entretanto, o homem precisa assumir seu papel de cuidador independente da mulher, na relação com o filho. O homem cuidador pode ainda sofrer preconceito, com questionamentos acerca de sua sexualidade devido ao fato de cuidar de seus filhos já que essa tarefa foi por anos exclusiva da mulher. Assim, a falta de apoio social muitas vezes faz com que homens deixem de reivindicar sua atuação no cuidado de seus filhos. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Os pais homens do presente estudo falam sobre seu papel na ajuda ao cuidado. O pai da entrevista 3 diz que a sua participação junto à mulher faz ela se aproximar do filho. Outros pais falam de forma mais genérica sobre a possibilidade de ajudar em tudo o que for possível e expressam prazer nessas ações. O pai da entrevista 10 é mais preciso, relatando ações de cuidado que desempenha e auxilia. O pai 18 fala ainda sobre sua ajuda no ambiente da UTIN

ao consertar a balança da unidade. Entende essa ação como auxílio no cuidado ao seu filho, restaurando um instrumento necessário para sua assistência hospitalar.

“[A participação do pai] melhora né, na relação mãe e filho melhora bastante né. É... ajuda no sentido de calor materno. De aproximação de mãe e filho. No aleitamento já aqui dentro.[...] Então eu fico, pego no colo. Ela desce, toma uma aguinha. E a gente fica junto, se comunicando com a criança...” (E3)

“ Participo, tudo que eu posso fazer para ajudar, eu faço. Qualquer coisa que estiver na medida do possível eu vou fazer, eu faço, tudo, tudo.” (E6)

“Assim, o que eu posso... eu ainda não peguei no colo não. Mas o que eu posso eu ajudo. O que dá pra mim ajudar, eu ajudo. [...] É bom, é bom, é bom, cuidar deles. Mas dá nervoso!” (E16)

“Pegar... ajudar a dar... sim! Bom, eu vou ali e ajudo ela a tentar dar o peito né. Porque ela tem que pegar o peito! Tento... ajudo ela ali a pegar o peito. Fico com ela no colo enquanto ela tá fazendo a dietinha dela, o negócio de... porque ela tá tomando o mamá, o leite, pela sonda. Eu fico com ela no colo... converso com ela... apesar dela não entender mas a gente vai conversando, vai brincando com ela... e é isso!” (E10)

“Ah, pra mim é maravilhoso assim, poder cuidar do meu filho... Mas cuidar dele é algo maravilhoso, poder fazer alguma coisa é sempre bom. Apesar de ser a área médica né. [...] pô, por exemplo, lá dentro até a balança tava quebrada lá, fui eu mesmo que concertei a balança. Tava quebrada porque arrancaram da tomada, ficou preso as duas tomadas. Aí peguei lá, eu fui lá no meu carro, peguei a chave e concertei, entendeu? Então eu to aqui ajudando no que eu posso. Se pedir qualquer coisa, eu vou ajudar.” (E18)

Torrão Filho (2005) de maneira coerente com os resultados aqui relatados, fala sobre a vivência da paternidade de maneira equânime, e não apenas participativa. Diz que é preciso repensar a complexidade da vivência da paternidade e seus atributos sociais, ultrapassando os padrões rigidamente estabelecidos da paternidade hegemônica, de provisão financeira. O homem pode ser cuidador e não apenas auxiliador da mulher nos cuidados ao filho.

Ainda, os pais do presente estudo relatam nos trechos acima sobre o prazer e satisfação de cuidar e auxiliar no cuidado. De maneira coerente, Lyra, Medrado e Lopes (2007), citam que homens que desempenham tarefas de cuidado relatam grande satisfação, inclusive na relação com a esposa e com a família.

Sobre o cuidado do pai ao prematuro, o estudo de Lindberg et al (2008), realizado na Suécia teve resultados diferentes. Nesses resultados, relataram que o nascimento pré-termo tornou possível para os pais homens um maior envolvimento nos cuidados do seu bebê e permanecer por mais tempo com a criança. Os pais foram incentivados pela equipe a passar

tempo na unidade, como forma de se familiarizar com seu filho e para aprender a cuidar do bebê. Eles também se sentiram melhor educados por profissionais de saúde durante a internação em UTIN, o que os preparou para o momento da alta.

Na Suécia, o sistema de segurança social permite que os pais obtenham licença de seu trabalho, com afastamento, podendo receber uma compensação equivalente a 80% do seu salário, enquanto estão cuidando da criança doente. (LINDBERG ET AL, 2008) Isso torna mais fácil para os pais de prematuros acompanhar a internação em UTIN no que tange a disponibilidade de tempo. Assim, os resultados desse estudo trazem uma perspectiva mais positiva sobre a internação de um prematuro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem começa a construir a parentalidade desde antes da concepção. Quando o casal constata a gestação, o homem inicia o planejamento futuro, seu relacionamento com o filho e a ligação afetiva através de conversas e reações do feto intra-útero à voz do pai.

Quando ocorre o parto e nascimento prematuros, o planejamento realizado pelos pais homens é frustrado já que ter um prematuro não fazia parte de seus planos. Assim, o parto prematuro é inesperado e repentino.

No parto e nascimento prematuros, foi rara a presença do pai como acompanhante, indicando a necessidade de acolhimento e humanização da assistência nesse momento, cumprindo a lei do acompanhante. Entretanto, diversos fatores podem impossibilitar a presença do pai no parto de urgência. Mesmo assim, o profissional de saúde deve fornecer informações claras e objetivas sobre o parto e nascimento, o mais rápido possível, reduzindo a ansiedade e preocupação do pai com a mulher e a criança.

Os pais homens relatam a preocupação com o estado de saúde da mulher no pós-parto e demonstram o esforço para favorecer que ela cumpra o período de resguardo, para não prejudicar sua recuperação pós-parto.

Na UTIN, o foco da equipe de saúde é a assistência especializada ao recém-nascido. Entretanto, a criança existe em seu meio social e relacional. O profissional enfermeiro, com a sua formação acadêmica com visão holística do indivíduo, precisa considerar e cuidar da saúde materna como essencial para o próprio prematuro já que ele precisa ser amamentado e cuidado por seus pais na UTI e fora dela, após a alta.

Com essa atitude simples, demonstrando atenção e cuidado com a saúde da mulher no puerpério, o pai homem terá maior confiança no cuidado fornecido ao seu filho e estará mais disponível psicologicamente para se dedicar à criança, permitindo o envolvimento paterno. Dessa forma, cuidar da mulher pode favorecer uma melhor assistência ao homem também, indiretamente.

Além disso, acolher a mulher na UTIN também traz consequências favoráveis ao pai. Eles demonstram o esforço para levar a mulher, com sua saúde debilitada, à UTIN e para possibilitar o contato dela com o prematuro. O acolhimento à mulher, informando-a que ela pode tocá-lo, conversar e interagir com ele, assim como sobre sua importância para a criança traz conforto ao pai e sensação de “dever cumprido”. O pai acaba mediando o contato entre mãe e filho.

Já que mãe e pai foram privados do contato inicial com o filho na sala de parto devido à necessidade de cuidados intensivos, é importante permitir o primeiro contato entre pai e filho de forma precoce, com privacidade e intimidade. O homem costuma ser o primeiro a ir à UTIN e conhecer a criança, fornecendo informações para a mulher. Nesse momento, o acolhimento ao pai realizado pelo profissional enfermeiro é indispensável, fornecendo informações sobre o estado de saúde e sobre rotinas gerais, sempre buscando o diálogo e a identificação da capacidade do pai de receber tais informações naquele momento. Ressaltar os aspectos positivos do prematuro e suas potencialidades nesse primeiro momento, não dando destaque à doença, possibilita uma experiência positiva e o *engrossment*, potencializando o pai para a ligação afetiva.

O filho prematuro é percebido pelo seu pai como frágil, pequeno e imaturo. Dizem que ter o filho na UTIN é uma experiência triste, complicada, difícil e dolorosa. Diante disso, tem medo de tocar o prematuro e tem receio de perdê-lo. Os pais homens depositam a confiança no ambiente tecnológico da UTIN e nos profissionais de saúde para que mantenham a vida do filho. Ao mesmo tempo, todo o aparato tecnológico gera afastamento do filho que muitas vezes não pode ir ao colo, reduzindo o contato físico.

Nesse momento, a equipe de enfermagem deve ter comunicação atenta com os pais homens para identificar os temores que impossibilitam a relação com o prematuro, dando ênfase ao seu desenvolvimento e crescimento. O estímulo ao toque, conversa e interação é fundamental. Assim, os pais homens habituem-se com a aparência física do prematuro e se percebem enquanto pais. O mais precoce possível, assim que estiver estável clinicamente, o pai deve ser estimulado a pegar no colo e realizar contato pele-a-pele.

Entretanto, a equipe de saúde estabelece obstáculos à presença dos pais por entenderem que alteram as rotinas do setor e fiscalizam o trabalho da equipe. Essas resistências são mais evidenciadas no momento de procedimentos invasivos e dolorosos e na cultura hospitalar de que o contato com os pais trará risco de infecções. Isso causa temor ao pai de prejudicar a terapêutica da criança, afastando-o do prematuro. Deve ser realizada educação continuada, informando aos profissionais que as infecções hospitalares não tem associação principal com a presença dos familiares e que devem sempre estimular o contato entre pai e filho.

Os pais homens encontram ainda outras dificuldades para estar com o prematuro. Primeiramente, o horário permitido para a presença do pai, apesar de ser ampliado, de 8h às 20h, não possibilita que ele permaneça no período noturno. Entretanto, a mãe pode

permanecer 24 horas. Muitas vezes essa situação é justificada pelo pequeno espaço da unidade neonatal. Existe uma necessidade urgente de adequação física e estrutural das UTIN para que a política de incentivo à paternidade seja viável no espaço micro.

Os pais também encontram dificuldades por necessitarem voltar a trabalhar após apenas 5 dias de licença paternidade. Organizam o horário para estar com a criança antes e após ir ao trabalho, adaptando-se e superando essas dificuldades.

Assim, o pai homem é presente na UTIN. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde não desperdice oportunidades de contato e comunicação com os pais homens já que costumam permanecer por um tempo mais curto na UTIN.

Os pais homens relatam que buscam informações e comunicação com a equipe de saúde. Inicialmente, a forma de relação com o prematuro é através dos relatórios médicos. Entretanto, eles encontram problemas nessa captação de informações. Dizem que precisam ser responsáveis pela obtenção de informação e que dificilmente os profissionais fornecem informações sem que esta seja solicitada. O relacionamento entre pais homens e profissionais de saúde continua distanciado e interligado apenas pelo prematuro, objeto de cuidado.

Quanto aos cuidados dispensados ao prematuro, os pais homens se sentem incapazes de realizar tarefas de cuidado físico. Relatam medo de tocar a criança e entendem muitas vezes que não é papel do pai participar nos cuidados. Ele é apenas auxiliador, suporte. Assim, apenas observar os cuidados dispensados pela equipe e pela mãe. Ao mesmo tempo, expressam o desejo de se envolverem mais no cuidado. Entretanto, não requerem o direito de cuidar já que não entendem como seu papel. Os homens entendem que os profissionais de saúde priorizam a mãe e o vêem como apoio. Assim, o cuidado integral ao prematuro e sua família dá-se de forma incipiente. O homem permanece como visitante e a mulher como acompanhante.

A transição cultural da paternidade hegemônica para a paternidade afetiva e responsável já é um desafio no caso de crianças a termo. Nas condições adversas do nascimento prematuro, ser pai e se envolver nos cuidados de um filho frágil necessita de ainda maiores estímulos sociais e da equipe de enfermagem neonatal.

Os pais homens do presente estudo demonstraram viver essa transição social e cultural da paternidade, com superação ainda tímida do modelo hegemônico. Ao mesmo tempo que entendem seu papel fundamental de provisão financeira, também demonstram desejo em cuidar do seu filho. Entendem a importância do seu envolvimento com a criança para proporcionar desenvolvimento, conforto e apoio. Falam sobre a presença do pai para que o

filho o reconheça e que traz benefícios e prazer para o próprio pai estar junto ao seu filho. Conhecer os motivos que levam o pai à UTIN permite a equipe de enfermagem investir e mostrar as potencialidades e benefícios do envolvimento do pai na relação com seu filho.

O modelo tradicional de assistência à família, onde a participação materna é o foco deve ser repensado para a inserção do pai, buscando humanizar o atendimento. É preciso aprender a trabalhar com a nova realidade cultural onde os homens cuidam do lar e dos filhos junto com as mulheres e elas, por sua vez, trabalham fora, junto aos homens.

Assim, mesmo após mais de uma década da publicação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Canguru que estimula a participação dos pais nos cuidados ao prematuro, a inserção do homem nos cuidados– e também da mulher muitas vezes– ainda não é garantida nas UTIN.

Apesar de um grande movimento para o acolhimento à mãe, melhorando assistência à família na UTIN na última década, a prática ainda não tem incorporada totalmente a partilha dos cuidados ao prematuro com essa família. Ainda estamos discutindo a possibilidade de inserção da mãe nos cuidados ao prematuro, para que esta seja competente após a alta hospitalar. Em situação mais distante ainda encontra-se o pai.

A discussão teórica sobre a paternidade é voltada para o estímulo à participação no cuidado corporal, na educação e envolvimento com as crianças nascidas a termo e crianças maiores já que existe o aspecto cultural onde o homem não cuida pois essa tarefa é percebida como feminina. Dessa forma, discutir o cuidado do pai ao prematuro internado é ainda mais desafiador, já que é necessário transpor diversas barreiras culturais, institucionais e até de preconceito dos profissionais. A equipe de enfermagem ainda não oferece bases e permissão para que o pai penetre no fechado ambiente hospitalar e exerça sua paternidade da forma como escolher.

É urgente a conscientização dos profissionais para entenderem o movimento cultural atual que envolve o papel do homem enquanto pai e a necessidade de apoio à paternidade nas situações de prematuridade.

Como recomendação prática para a mudança do atual paradigma de cuidado na UTIN está o treinamento profissional para a comunicação e compartilhamento de informações ao pai, reduzindo suas ansiedades. A escuta sensível, atenta e acolhedora a comunicação efetiva, aparentemente simples tarefa de relação humana, modificaria a família de UTIN durante toda a educação e convívio social futuro desse prematuro. Precisamos lembrar que, após a alta, esse

premature, saudável ou com sequelas, terá a vida inteira pela frente, e a relação com seus pais é fundamental para seu desenvolvimento em todas as etapas da vida.

É preciso pensar em uma política de saúde voltada especificamente ao apoio à paternidade no nascimento prematuro, focada nas relações entre profissionais e pais homens. Além disso, as leis trabalhistas também precisam ser revistas já que dificultam o homem de exercer seus direitos na participação paterna. Se já no nascimento a termo, 5 dias de licença paternidade são insuficientes para o auxílio à família com o novo integrante, no nascimento pré-termo, é um fator dificultador importante para o exercício da paternidade.

Cabe ressaltar também a necessidade de pesquisas sobre a visão dos profissionais de enfermagem sobre a paternidade na UTIN e possibilidade de inclusão do pai nos cuidados.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVITCH, H. **Images of the “Father” in Psychology and Religion**. In. Lamb, M. E. (org.) *The Role of the Father in Child Development*. (pp.19-32), 3rd. ed. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons. 1997.
- AQUINO, Fernanda Martins de; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. **Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem**. Rev. RENE;11(n.esp):169-177, dez. 2010.
- AROCKIASAMY V, HOLSTI L, AND ALBERSHEIM S. **Fathers’ Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control**. Pediatrics. 2008. 121(2): e215–e222.
- BALANCHO, L. S. F. Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2, 377-386. 2004.
- BERNARDI B. **Introdução aos estudos etno-antropológicos**. Lisboa (PT): Edições 70; 1974.
- BITTAR, Roberto Eduardo and ZUGAIB, Marcelo. **Indicadores de risco para o parto prematuro**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.4, pp. 203-209. ISSN 0100-7203.
- BLUMENSHINE, PHILIP M. , et al. **Father’s Education: An Independent Marker of Risk for Preterm Birth**. *Maternal and Child Health Journal*. January 2011, Volume 15, Issue 1, pp 60-67
- BOGDAN RC, BINKLEN SK. **Qualitative research of education: na introduction to theory and methods**. Boston: Allyn na Bacon; 1982
- BRANCO A, FEKETE SMW, RUGOLO LMSS. **O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão**. *Rev Paul Pediatr* 2006;24(3):270-4.
- BRASIL, **lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069Compilado.htm>> Acesso em 20 out. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Datasus: informações em saúde**. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?simp/cnv/infuf.def>> Acesso em: 15 abr. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual Método Canguru**, 2011. Disponível em:<<http://metodomaecanguru.org.br>> Acesso em: 14 abr. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Prefeitura Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Saúde-Rio**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 22 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Mundo Saúde, v.21, n.1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 1v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - **a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011, Jun 27; Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de dezembro de 1988. 21.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. **Lei do Acompanhante**. Nº 11.108. de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. acesso em 20 de set. de 2011.

_____. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/113191-930.html>>. Acesso em 10 de Nov. 2012.

_____. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> acesso em 03 de jan de 2011.

_____. **Extensão da licença paternidade**. Acrescenta arts. 473-A a 473-C à Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para regulamentar a licença paternidade a que se refere o inciso XIX do art. 7º da Constituição Federal. <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=408349>>. Acesso em 23 de maio de 2012.

_____. **Lei do prematuro**. Acrescenta o § 3º e incisos ao Art. 1º da Lei nº 11.770, de 09 de setembro de

2008.<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=499594>>
Acesso em 19 de jan de 2012.

BRITO, R S; TAVARES, M S G; **O homem no processo de gravidez da mulher/companheira.** In: BRITO, R.S (Org). Quatro Fases do Homem no Contexto da Reprodução. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN: 2011.

BUARQUE, Virgínia; LIMA, Marília de Carvalho; SCOTT, Russel Parry and VASCONCELOS, Maria Gorete L.. **O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal.** *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2006, vol.82, n.4, pp. 295-301. ISSN 0021-7557.

CARNEIRO, Jair Almeida et al. **Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(3):369-76.

CARVALHO, J B L; BRITO, R S. **O homem no processo de parturição: uma visão interacionista.** In: BRITO, R.S (Org). Quatro Fases do Homem no Contexto da Reprodução. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN: 2011.

CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de et al. **Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.5, pp. 734-738. ISSN 0034-7167.

CARVALHO JBL, BRITO RS. **Atitude do pai diante do nascimento.** *Rev Rene.* 2008; 9(4):76-84.

CAUHÉ, AS. Entrevistas y cuestionarios. In: Baztán AA, editor. **Etnografía: metodología cualitativa en La investigación sociocultural.** Barcelona: Marcombo; 1995. Cap 14 p. 171-80.

CHIODI, Lucilei Cristina et al. **Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa.** *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):969-74.

COELHO, S.V. (2005) **Revendo papéis da Parentalidade:** Paternidade e Maternidade. In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. *Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos.* (pp. 211–223). Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN-311/2007. Rio de Janeiro. 2007.

COUTINHO, Heloisa Ribeiro Baptista e MORSCH, Denise Streit. **A paternidade em cuidados intensivos neonatais.** *Rev. SBPH* [online]. 2006, vol.9, n.1, pp. 55-69. ISSN 1516-0858.

CRUVINEL FG, PAULETTI CM. **Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão.** *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 2009; 9(1):102-25.

DEENEY, Kathleen et al. **Experiences of fathers of babies in intensive care.** *Paediatric Nursing.* Fevereiro, 2009 v 21 n 1

DUARTE, Elysângela Dittz; SENA, Roseni Rosângela de and XAVIER, César Coelho. **Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 647-654. ISSN 0080-6234.

DUNN, Michael S. et al. **Development and Dissemination of Potentially Better Practices for the Provision of Family-Centered Care in Neonatology: The Family-Centered Care Map** *Pediatrics* Vol. 118 No. Supplement 2 November 1, 2006 .

ECOS. **Sexualidade e saúde reprodutiva.** Série trabalhando com homens jovens. Instituto promundo: Rio de Janeiro, 2001

ENGLE, P.L. & BREAUX, C. Fathers' involvement with children: Perspectives from developing countries. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 12, 1-23. 1998.

ESPÍRITO SANTO LC, BONILHA ALL. **Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho.** *Rev Gaúcha Enferm.* 2000 jul; 21(2):87-109

FEGAN, L., HELSETH, S., & SOLVEIG, M. **A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit.** *Journal of Clinical Nursing*, 2008. 17, 810-816.

FERNANDES, Rosângela Torquato et al. **Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros .** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.10, pp. 4033-4042. ISSN 1413-8123.

FERREIRA PL, MELO E, REIS G, MELLO DF. **Validation and reliability analysis of the portuguese language version of needs of parents.** Questionnaire. *J Pediatr.* 2010 maio/jun; 86(3): 221-27.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Métodos de pesquisa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed e Bookman, 2009.

FRAGA, TF e et al. **Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(3):612-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a19.htm>.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e et al. **Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 85-90. ISSN 0034-8910.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso e SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. **Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 137-145. ISSN 0102-311X.

Fundo das Nações Unidas para Assuntos da População: Conselho Nacional de População e Desenvolvimento Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. (Cairo, setembro de 1994). Brasília: 1995

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz e SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. **Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.3, pp. 469-476. ISSN 0104-1169.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz, SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. **A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal.** *Rev Bras Enferm* 2005 jul-ago; 58(4):444-8.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIFFIN, K. (1998). Exercício da paternidade: uma pequena revolução. In P. Silveira (Org.), *O Exercício da paternidade* (pp.75-80). Porto Alegre: Artes Médicas.

GOMES, Maria Magda Ferreira. **Ter o filho internado em unidade de internação neonatal: o significado para os pais.** [dissertação] Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. 1993.

GRAY RF, INDURKHYA A, MCCORMICK MC. **Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age.** *Pediatrics*. 2004;114(3):736-43.

GREENBERG E MORRIS. **Engrossment:** The newborn sim pact upon the fathes. En *Father and Child. Developmental and Clinical perspectives.* Stanley Cath, Alan Gurwitt and John Munder Ross. Eds. Boston: Little Brown and Co., 1982

HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença.* 5ª Ed., São Paulo: Artmed. 2009.

HENNIG, Marcia de Abreu e Silva; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; MORSCH, Denise Streit. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondencias e especificidades.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [3]: 835-852, 2010

HOLLYWOOD, Mark ; HOLLYWOOD, Eleanor. **The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit.** *Journal of Neonatal Nursing*. 2011 Feb 17 (1) 32-40.

HOUZEL, D. **As implicações da parentalidade.** In L. SolisPonton (Ed.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio* (pp. 47-52). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004

KAMADA, Ivone and ROCHA, Semíramis Melani Melo. **As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.3, pp. 404-411. ISSN 0080-6234.

KLAUS, M.H. e KENNEL, J. (1992) Pais/bebê: A formação do Apego. Porto Alegre: Artmed.

KLAUS, M.H., KENNEL, J.H.& KLAUS, P.H - **Vínculo:** Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KLAUS, MH, KENNEL JH. **Assistência aos pais**. In: FANAROFF AMB, KLAUS, MH. *Alto risco em Neonatologia*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995

KRUEL, Cristina Saling and LOPES, Rita de Cássia Sobreira. **Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2012, vol.28, n.1, pp. 35-43. ISSN 0102-3772.

LAMB, M. E. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18 (4), 245-266.

LAMB, M. E. Fathers and child development: an introductory overview and guide. In M. Lamb (Org.), *The role of the father in child development*. 4. Ed. New York: John Wiley & Sons. 2004.

LAMB, M. E. Parental behavior, family processes, and child development in nontraditional and traditionally understudied families. In M. Lamb (Org.), *Parenting and child development in "nontraditional" families*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 1999.

LAMB, M. E., PLECK, J. H., CHARNOV, E. L., & LEVINE, J. A. Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25 (3), 883-894. 1985

LAPLATINE, François. *Aprender Antropologia*. São Paula: Brasiliense, 2007.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 24ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009

LEWIS, C. **A Man's Place in the Home: Fathers and Families in the U.K.** York: Joseph Rowntree Foundation. 2000.

LINDBERG B, AXELSSON K, OHRLING K. **Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers**. *Scand J Caring Sci*. 2008 Mar;22(1):79-85.

LUNDQVIST P, WESTAS LH, HALLSTRÖM I. **From distance toward proximity: fathers lived experience of caring for their preterm infants**. *J Pediatr Nurs*. 2007 Dec;22(6):490-7.

MALDONADO, M. T; DICKSTEIN, J. ; NAHOUM, J.C. *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Integrare, 2010

MARCONI MA, PRESOTTO ZMN. **Antropologia: uma introdução**. 3a ed. São Paulo: Manole. 1992

MARTÍNEZ, Josefina Gallegos; FONSECA, Luciana Mara Monti; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 março-abril; 15(2)

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. **Maus tratos contra crianças e adolescentes**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, vol.63, n.4, pp. 660-665. ISSN 0034-7167.

MEDEIROS, Marlene das Dores; MADEIRA, Lélia Maria. **Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal**. REME revista mineira de enferm., 10(2): 118-124, abr-jun. 2006.

MELO, Enirtes Caetano Prates; KNUPP, Virginia Maria de Azevedo Oliveira; OLIVEIRA, Rejane Burlandi de and TONINI, Teresa. **A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2007, vol.41, n.spe, pp. 804-809. ISSN 0080-6234.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi; LEITE, Iúri da Costa; SCHRAMM, Joyce Mendes Andrade and LEAL, Maria do Carmo. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001**. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.3, pp. 553-559. ISSN 0102-311X.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**: informações em saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?simp/cnv/infuf.def>> Acesso em: 15 abr. 2010.

MITTAG, B., WALL, M.. **Pais com filhos internados na uti neonatal – sentimentos e percepções**. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, América do Norte, 6, mai. 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8068/5686>. Acesso em: 06 Dez. 2010.

MONTICELLI M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe Editora: 1997.

NAÇÕES UNIDAS. Fundo das nações unidas para assuntos de população. Conselho nacional de população e desenvolvimento. **Texto Integral Do Relatório Da Conferência Internacional Sobre População E Desenvolvimento CAIRO, EGITO: 1995**

OIBERMAN, A. **La relacion Padre-Bebe**: una revision bibliográfica. *Rev. Hosp. Mat. Ramon Sarda*, XVIII, nº2, 1994

OLIVEIRA, E M F. BRITO, R S. **Compreendendo a vivência do homem no puerpério**. In: BRITO, R.S (Org). *Quatro Fases do Homem no Contexto da Reprodução*. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN: 2011.

OLIVEIRA, R.C. de. **O trabalho do antropólogo**: olhar, ouvir, escrever. In: *O trabalho do Antropólogo*. 3ª edição. São Paulo: Unesp. 2006.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide Veríssimo de; VASCONCELOS, Simone Gonçalves. **Puérperas com Síndrome de HELLP**: análise baseada nos aspectos obstétricos. Ver. RENE. Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 74-80, mai./ago. 2006.

PAIS. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda **O Miniaurélio Eletrônico versão 5.12**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004., CD- ROOM

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas e BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. **A participação do pai como acompanhante da mulher no parto**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.3, pp. 445-452. ISSN 0104-0707.

PICCININI, C. A., SILVA, M. R., GONÇALVES, T. R., LOPES, R. S., & TUDGE, J. O. envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314. 2004.

POLIT, D.F.; BACK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PRADO, M.L. E VIEIRA, M.L. (2003) Bases biológicas e influências culturais relacionadas ao comportamento parental. In. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, 34, p.313-334.

RAMALHÃO, Annie Betune; DUPAS, Giselle. **Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo**. *Acta paul. enferm*;16(3):41-50, jul.-set. 2003.

RAMOS, HAC; CUMAN, RKN. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa Documental**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304

REICHERT, APS, LINS, RNP, COLLET, N. **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial online] 2007 Jan-Abr; 9(1): 200-213. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>

RIO DE JANEIRO, SMSDC, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Unidade de Saúde Parceira do Pai**. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2009. Disponível em <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/cartilha_do_pai.pdf>. Acesso em 05 jun. 2011.

RIO DE JANEIRO. a **Lei Nº 5831, de 28 de Outubro de 2010**. <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/698e7c866bec855d832577d00066e076?OpenDocument>> . acesso em 13 de jun de 2011.

ROCHA, Larissa; et al. **Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal**. *Rev Enferm UFSM* 2012 Mai/Ago;2(1):144-152

RODRIGUES, CT et al. **Epidemiologia da gestação múltipla casuística de 15 anos**. *Acta Med Port* 2005; 18: 107 –11.

SÁ, RC; COSTA, LMFP; SÁ, FE. **Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal**. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 25(2 supl): 83-89, abr./jun., 2012

SANTOS, Fernanda M. Gaspar dos, BOUSSO, Regina Szylit. **O suporte social identificado pelo pai que vivencia a internação do recém-nascido e da mulher na unidade de terapia intensiva**. *REME – Ver. Min. Enf.*; 10(4):344-348, out./dez., 2006

SANTOS, Fernanda Matilde Gaspar dos. **O suporte social identificado pelo pai que vivencia a internação do recém-nascido e da mulher na unidade de terapia intensiva**. *Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem*. [dissertação] São Paulo; s.n; dez. 2005. 135f p.

SANTOS, M.C.L. et al. **Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro.** Ver *Enferm UFPE*, Pernambuco, v.1, n. 2, p. 111-20, 2007. Disponível em < <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/viewPDFInterstitial/68/42>>

SAUNDERS RP, ABRAHAM MR, CROSBY MJ, THOMAS K EDWARDS WH. **Evaluatioin and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units.** *Pediatrics*. 2003. 111;e437-e449.

SCHMIDT, Kayna Trombini et al. **A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2012, vol.16, n.1, pp. 73-81. ISSN 1414-8145.

SCHUMACHER, B. **UTI neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança.** Texto Contexto Enferm, Santa Catarina, v.12, n. 3, p. 27-35, 2002

SCOCHI, C. G. S., KOKUDAY, M. L. P., RIUL, M. J. S., ROSSANEZ, L. S. S., FONSECA, L. M. M., & LEITE, A. M. (2004). **Incentivando vínculo mãe-filho em situações de prematuridade:** as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 11 (4), 539-543.

SHELTON TL, JEPSON ES, JONHNSON BH. **Family-centered care for children with special health care needs.** Washington: association for care of children's health, 1987

SILVA LJ, SILVA LR, CHRISTOFFEL MM. **Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal:** reflexões no contexto do processo saúde-doença. Ver *Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):684-9

SILVA RNM. **Aspectos comportamentais do Bebê Pré-termo na UTI neonatal.** Novos olhares sobre a Gestaçao e a Criança até os 3 anos, pg 417, 2002

SILVA, Ana Maria Rigo; ALMEIDA, Marcia Furquim de; MATSUO, Tiemi e SOARES, Darli Antonio. **Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.10, pp. 2125-2138. ISSN 0102-311X.

SILVA, Augusto S; PINTO, José M. *Metodologias das Ciências Sociais.* Porto: Edições Afrontamento, 1986.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; FERNÁNDEZ, Ana Maria; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. **A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil** *Rev. Enferm. UERJ*;14(4):606-612, out.-dez. 2006.

SILVA, Milena da Rosa e PICCININI, Cesar Augusto. **Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2007, vol.24, n.4, pp. 561-573.

SINGH H, SINGH D, POONI PA, SONI RK. **Impact of bed side communication with fathers on their anxiety about newborn.** *Indian Pediatr.* 2003 Aug;40(8):772-5.

SOARES, RLSF, CHRISTOFFEL, MM. **A percepção dos pais sobre a dor do recém-nascido em procedimentos invasivos nas unidades neonatais.** Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação. 2010.

SOUSA, Leilane Barbosa de e BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2008, vol.12, n.1, pp. 150-155. ISSN 1414-8145.

SOUZA, Sílvia Moreira Barela De. **Participação Da Figura Paterna Na Internação Do Filho Na Unidade Neonatal – Contribuições Para O Cuidado De Enfermagem.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal Do Estado do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, Tania Vignuda de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 551-559. ISSN 1414-8145.

SPONG CY. **Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth.** *Obstet Gynecol.* 2007;110(2 Pt 1):405-15.

SPRADLEY JP. *The ethnographic interview.* New York: Holt Rinehart e Winston; 1979

SPRADLEY, James P. *Participant Observation.* New York: Holt Rinehart and Winston, 1980.

STEFANELLO, Juliana. **Vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães.** 2005. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TAMEZ RN; SILVA MJP. **Enfermagem na uti neonatal: assistência ao recém-nascido de risco.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

TAVARES, A.; QUEIROZ, M.; JORGE, M. **Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde.** *Ciência, Cuidado e Saúde, Brasil,* 5 set. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5075/3294>>. Acesso em: 03 nov. 2010.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; PARENTE, Flávia Soares; BORIS, Georges Daniel Bloc. **Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas.** *PSICO,* 2009. Porto Alegre, PUCRS, jan./mar. v. 40, n. 1, pp. 24-31.

TORRÃO Filho A. **Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam.** *Cad Pagu.* 2005;24:127-52.

TRIVIÑOS ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas: 1992. Pesquisa qualitativa; p.116-70

TRONCHIN DMR, TSUNECIRO MA. **A experiência de tornarem-se pais de recém-nascidos prematuros: um enfoque etnográfico.** *Rev Bras Enferm* 2005 jan/fev; 58(1): 49-54.

TRONCHIN, DMR, TSUNECHIRO, MA. **Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai.** Rev Latino-americana. Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):93-101.

VIANA, Iaplaça Dirce; DUPAS, Giselle; PEDREIRA, Malvide da Luz Gonçalves. **A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva.** 2006

VICTORA, CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALL, G.; ARNOLD, S. **How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood.** Gender & Society, 2007. 21, 508-527.

WALDOW VR. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis(RJ): Vozes; 2006.

WALDOW, Doris. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho.** Florianópolis, 2007. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionado e está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: Os Significados De Ter Um Filho Prematuro Para Pais Homens: Contribuições Para A Enfermagem Neonatal que tem como objetivos: Descrever os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Analisar as perspectivas de mudanças sociais e cultural do pai inserido no cuidado a seu filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Discutir como os significados atribuídos pelo pai sobre seu filho prematuro internado influenciam as práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou ao tratamento do seu filho na maternidade.

Sua participação consistirá em uma entrevista que será gravada. Também será participante do cenário da UTIN que será observado pela pesquisadora. Todo o material gerado durante a coleta de dados (gravação de voz e diário de campo) ficará sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos, sendo destruído após esse período.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para os estudos que vem se desenvolvendo sobre cuidado paterno e para melhor compreensão por parte de acadêmicos, professores e profissionais de enfermagem, da importância da presença do pai junto ao prematuro.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones e endereços eletrônicos da orientadora do trabalho e da aluna de mestrado. Utilize os telefones para retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Marialda Moreira Christoffel

Nome do orientadora

Cel: 93324852

E-mail: marialdanit@gmail.com

Rachel Leite de Souza Ferreira Soares

Nome da mestranda

Cel: (9090) 88417107

E-mail: rachel.soares@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa SMSDC

Telefone: 3971-1590

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepmsrj@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura Mestranda Rachel L. de S. F. Soares

Assinatura do entrevistado

Apêndice B – Termo de Autorização

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

Termo de Autorização

Esta instituição foi selecionada para participar da pesquisa intitulada: Os Significados De Ter Um Filho Prematuro Para Pais Homens: Contribuições Para A Enfermagem Neonatal que tem como objetivos: Descrever os significados atribuídos pelo pai que tem um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Analisar as perspectivas de mudanças sociais e cultural do pai inserido no cuidado a seu filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Discutir como os significados atribuídos pelo pai sobre seu filho prematuro internado influenciam as práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Buscando alcançar os objetivos propostos, essa pesquisa usará como um dos métodos para coleta de dados a observação participante. O pai do prematuro, sujeito da pesquisa, será observado em seu contexto cultural e social. Assim, sua participação se dará enquanto integrante do cenário em que se encontra o pai. Cabe ressaltar que os profissionais de saúde ou outros indivíduos do cenário não são sujeitos desta pesquisa.

Ao observar o cenário da UTIN, o pesquisador não atribuirá nomes aos sujeitos da cena observada. Portanto, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se ou desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

Todo o material gerado durante a coleta de dados (gravação de voz do pai e diário de campo) ficará sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos, sendo destruído após esse período.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para os estudos que vem se desenvolvendo sobre cuidado paterno e para melhor compreensão por parte de acadêmicos, professores e profissionais de enfermagem, da importância da presença do pai junto ao prematuro.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones e endereços eletrônicos da orientadora do trabalho e da aluna de mestrado. Utilize os telefones para retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Marialda Moreira Christoffel

Nome do orientadora

Cel: 93324852

E-mail: marialdanit@gmail.com

Rachel Leite de Souza Ferreira Soares

Nome da mestranda

Cel: (9090) 88417107

E-mail: rachel.soares@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa SMSDC

Telefone: 3971-1590

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE AUTORIZAÇÃO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura Mestranda Rachel L. de S. F. Soares

Assinatura do entrevistado

Apêndice C – Roteiro de Entrevista

1. Caracterização Sujeitos

Número da Entrevista: _____

Data da entrevista: _____

a) **Idade:** _____b) **A sua cor ou etnia é:** branca preta amarela parda indígenac) **Qual a sua religião?** _____d) **Qual é seu estado civil?** casado solteiro viúvo divorciado/desquitado**Relação com a mãe do prematuro:** _____e) **Quanto tempo em anos você frequentou a escola?** nunca frequentou de 8 a 10 anos menos de 4 anos mais de 11 anos de 4 a 7 anosf) **Média de renda familiar:** _____g) **Qual a sua profissão?** _____h) **Encontra-se empregado?** sim nãoi) **Está afastado do trabalho para cuidar do prematuro?** sim nãoj) **Assistiu ao parto?** sim nãok) **Acompanhou as consultas do pré-natal?** sim nãol) **Este bebê é seu primeiro filho?** sim nãom) **Se não, quantos filhos já teve?** _____n) **Esse filho (a) é o primeiro(a) que necessita de internação logo após o nascimento?** sim nãoo) **Se não, quanto tempo seu outro filho(a) permaneceu internado? Ele(a) foi prematuro?**

2 – Roteiro Entrevista

Fale como é para você ter um filho prematuro internado na UTIN.

Como o seu filho prematuro é cuidado na UTIN?

Você participa dos cuidados? Se sim, como?

Como é cuidar do seu filho prematuro?

Para você, a sua presença na UTIN influencia no tratamento do seu bebê?

Você considera importante sua presença na UTIN?

Apêndice D - Roteiro de coleta de dados do Prontuário

Data da coleta: _____

Número da Entrevista: _____

Local de internação atual: UTIN UITipo de Parto: Normal CesáreaSexo: Feminino Masculino

IG ao nascer: _____

IG do RN: _____

IG corrigida: _____

Peso ao nascer: _____

Peso atual: _____

Índice Apgar: _____

Data de admissão na UTIN: _____

Tempo de internação até a data da entrevista: _____

Diagnósticos / causa da internação: _____

Terapêutica / procedimentos utilizados:

ANEXO