



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

SÍLVIA MOREIRA BARELA DE SOUZA

PARTICIPAÇÃO DA FIGURA PATERNA NA INTERNAÇÃO DO FILHO NA
UNIDADE NEONATAL – CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO

MARÇO – 2010

SÍLVIA MOREIRA BARELA DE SOUZA

A PARTICIPAÇÃO DA FIGURA PATERNA NA INTERNAÇÃO DO FILHO NA
UNIDADE NEONATAL – CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM

Relatório final de Defesa
apresentado à Banca
Examinadora como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.

Profª Drª Leila Rangel da Silva
Orientadora

RIO DE JANEIRO

MARÇO

2010

S719 Souza, Sílvia Moreira Barela de.
Participação da figura paterna na internação do filho na unidade neonatal :
contribuições para o cuidado de enfermagem / Sílvia Moreira Barela de Souza,
2010.
75f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem neonatal. 2. Paternidade. 3. Unidade de terapia intensiva neonatal. 4. Relações pai-filho. I. Silva, Leila Rangel da. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.9201

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

SOUZA, Silvia Moreira Barela de. **A participação da figura paterna na internação do filho na Unidade Neonatal – Contribuições para o cuidado de enfermagem.** Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológica da Saúde.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva
DEMI/EEAP/UNIRIO
Presidente

Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos
DEMI / EEAN / UFRJ
1^a Examinadora

Profa Dra Inês Maria Meneses dos Santos
DEMI / EEAP / UNIRIO
2a Examinadora

Prof^o Dr^o Valdecyr Herdy Alves
DEMI / EEAAC / UFF
Suplente

Profa Dra Cristiane Rodrigues da Rocha
DEMI / EEAP / UNIRIO
Suplente

Defendida a Dissertação em:

Conceito: _____

Rio de Janeiro, 30 de março de 2010.

Dedico este trabalho ao meu esposo Carlos, ao dar-me amor sempre nas doses exatas; pela humildade e coragem, diante dos momentos difíceis; pela força, não me permitindo fraquejar.

Aos meus pais pelo exemplo de honestidade e dignidade, sempre pronto a me ajudarem nessa difícil fase.

Portanto dedico a vocês a minha vida e o meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, presente em todos os momentos, derramando bênçãos sem medida na minha vida, iluminando meu caminho e me capacitando a cumprir mais uma missão. Teu amor está escrito em cada amanhecer, na beleza da vida, no olhar de um bebê e em tantas outras obras. Sem esse amor e sua misericórdia, eu nada seria. É tua graça que me sustenta!

Aos meus pais, Ana e José, por terem me dado a vida e o amor no seu convívio desde pequena, acreditando e apoiando meus sonhos. Jamais esquecerei o cuidado, a doação e a dedicação que me fizeram chegar até aqui, nossos laços de afeto sempre existirão.

Ao Carlos, companheiro sempre, meu amor, minha força. Nos momentos difíceis sempre me incentivou, me impulsionando a prosseguir. Te amo!

Aos meus irmãos, Jossana e Joanini, por me ajudarem sempre que precisava.

À Prof^aLeila, meu especial agradecimento pela confiança, amizade e por partilhar seus conhecimentos nessa árdua caminhada. Todos os ensinamentos adquiridos por meio de sua pessoa permanecerão eternamente em minha memória. Por isso, tenho a plena certeza de que sem o seu apoio, não haveria conclusão deste estudo.

Aos professores da UNIRIO, pela grande contribuição da minha formação acadêmica.

Aos colegas da turma do mestrado de 2008, por estarmos juntos no mesmo barco, em especial, Raquel e Cristina, pelo carinho e amizade, presenças constantes na caminhada.

Como não poderia deixar de mencionar, minha amiga Ticiane, fonte de incentivo para ingressar no Mestrado, marcou minha vida com seu profissionalismo e companheirismo. Amigos são para sempre!

Aos pais participantes desta pesquisa, por disporem do seu tempo e prestarem sua generosa colaboração durante a coleta de dados, enriquecendo o estudo com suas histórias de vida que, por fim, influenciaram minha própria história de vida.

As últimas palavras são destinadas àqueles que, cada um a sua forma, se fizeram presentes ao longo da caminhada, estimulando, acreditando, torcendo.

Ou expulsamos de nós a alma da derrota,
ou não vale a pena competir mais...

Nelson Rodrigues

RESUMO

SOUZA, Silvia Moreira Barela de. A participação da figura paterna na internação do filho na unidade neonatal - contribuições para o cuidado de enfermagem. 2010. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Estudo de natureza qualitativa tendo como objeto “a participação paterna diante da internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)” e como objetivos: 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 do casal. A pesquisa teve como cenário um hospital de caráter privado, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram 11 casais (pai e mãe), totalizando 22 depoentes, respeitando a Resolução 196/96 do CNS. Foi empregado o método história de vida. A pergunta norteadora da entrevista para o pai: “Fale o que você considera importante na sua vida e que tenha relação com a sua vivência como pai”, e para mãe: “Fale o que você considera importante na sua vida – sua vivência neste momento de internação do seu filho na UTIN – em relação à participação do pai”. O processo analítico empregado foi à análise temática resultando em uma categoria analítica: Ser pai: do processo gestacional ao inesperado pelo nascimento do filho UTI neonatal, com duas subcategorias: “Desejo (in) consciente da paternidade” e o “ser pai na Unidade Neonatal”. Constatou-se que os pais vivenciaram todo o processo permeado pela ambivalência de sentimentos onde o medo e a esperança predominaram como experiência marcante e transformadora. Sentiram-se capacitados para cuidar da criança e reconheceram obstáculos socioculturais para desempenhar seu papel.

Descritores: Paternidade. UTI Neonatal. Relações pai-filho.

ABSTRACT

SOUZA, Silvia Moreira Barela de. The paternal figure participation in the child's internment in the neonatal unit – contributions to the nursing care. 2010. 75f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Universidade federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Study of qualitative nature having as object “the paternal participation before the child's internment in the Neonatal Intensive Therapy Unit (UTIN)” and as objectives: to know the father's participation during the child's internment in the UTIN, from the couple's life history and e analyze the father's participation during the child's internment in the UTIN from the couple view. The research had as scenario a private character hospital, located in the North zone at the Rio de Janeiro city. The study's subjects were 11 couples (father and mother), totaling up 22 deponents, respecting the 196/96 Resolution of the CNS. It was used the life history method. The guider question of the interview to the father: “Tell what you consider important in your life and that is regarding your experience as father”, and to the mother: “ Tell what you consider important in your life – your experience in this moment of internment of your child in the UTIN – with reference to the father's participation”. The analytical process used was the thematic analysis resulting in an analytical category: Be father: from the gestational process to the unexpected due of the neonatal UTI child's birth, with two subcategories: “(In) Conscious desire of the paternity” and the “be father in the Neonatal Unit”. It could notice that the parents experienced all the process intermingled by the sentiments's ambivalence where the fear and the hope predominated as outstanding and transformer experience. They felt themselves capacitated to take care of the child and recognized socio-cultural obstacles to play their role.

Descriptors: Paternity. Neonatal UTI. Father-child relations.

RESUMEN

SOUZA, Silvia Moreira Barela de. La participación de la figura paterna en la internación del niño en la unidad neonatal – contribuciones para el cuidado de enfermería. 2010. 75f. Disertación (Master Grado en Enfermería) – Universidade federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Estudio de naturaleza cualitativa teniendo como objeto “la participación paterna delante de la internación del niño en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)” y como objetivos: conocer la participación del padre durante la internación del niño en la UTIN, a partir de la historia de vida del casal y analizar la participación del padre durante la internación del niño en la UTIN a partir de la visión de la pareja. La pesquisa tuvo como escenario un hospital de carácter privado, localizado en la zona norte de la ciudad del Rio de Janeiro. Los sujetos del estudio fueron 11 parejas (padre y madre), totalizando 22 deponentes, respectando la Resolución 196/96 del CNS. Fue empleado el método historia de vida. La pregunta orientadora de la entrevista para el padre: “Hable lo que usted considera importante en su vida y que tenga relación con la su vivencia como padre”, y para madre: “Hable lo que usted considera importante en su vida – su vivencia en este momento de internación del su niño en la UTIN – en relación ala participación del padre. El proceso analítico empleado fue el análisis temática resultando en una categoría analítica: Ser padre del proceso gestacional al inesperado por el nacimiento del niño UTI neonatal, con dos subcategorías: “Deseo (in) consciente de la paternidad” y el “ser padre en la Unidad Neonatal”. Se constató que los padres vivenciaron todo el proceso permeado por la ambivalencia de sentimientos onde el miedo y la esperanza predominaron como experiencia marcada y transformadora. Se sintieron capacitados para cuidar del niño y reconocieron obstáculos socioculturales para desempeñar su papel.

Descriptores: Paternidad. UTI Neonatal. Relaciones padre-niño.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro1. Perfil dos pais, segundo idade, procedência, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos anteriores..... | 29 |
| Quadro2. Caracterização das mães quanto ao histórico gestacional da última gravidez... | 32 |
| Quadro3. Perfil dos bebês ao nascimento, segundo sexo, idade gestacional, peso ao nascer, apgar, necessidade de reanimação e diagnóstico de internação..... | 35 |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|------|
| Resumo | viii |
| Capítulo 1 | |
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS | |
| Problematizando o Estudo | 13 |
| Objeto do Estudo | 13 |
| Questões Norteadoras | 17 |
| Objetivos do Estudo | 17 |
| Justificativa | 17 |
| Capítulo 2 | |
| BASES CONCEITUAIS | 18 |
| Capítulo 3 | |
| ABORDAGEM METODOLÓGICA | |
| O Método História de Vida | 21 |
| Cenário do Estudo | 23 |
| Aspectos Éticos da Pesquisa..... | 24 |
| Coleta dos Depoimentos..... | 25 |
| Os Depoentes..... | 27 |
| Capítulo 4 | |
| ANÁLISE DOS DADOS | 42 |
| Capítulo 5 | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 65 |
| REFERÊNCIAS | 68 |
| APÊNDICES | 72 |
| ANEXOS | 75 |

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto deste estudo é a participação paterna diante da internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esta investigação baseia-se na minha experiência como enfermeira na assistência intensiva neonatal ao longo dos últimos cinco anos. No exercício dessas atividades, desenvolvidas no cuidado ao recém-nascido de alto risco, venho observando dificuldades nos primeiros contatos entre a figura paterna e o recém-nascido hospitalizado na Unidade Neonatal.

Este fenômeno geralmente pode ser reforçado porque a equipe de enfermagem, que atua na UTIN, tem como foco apenas a mãe e o filho. Já o pai, muitas das vezes, é posto de lado e reconhecido só como acompanhante da mulher.

No entanto, durante o período gestacional, não somente a mãe, mas o pai e toda a família convivem com uma expectativa diante da chegada do bebê. Não raro, o núcleo familiar prepara um ambiente propício e agradável para recebê-lo, considerando que o parto é um evento fisiológico e cercado de grandes emoções.

Para os pais, em especial, o nascimento, tão aguardado, é motivo de alegria e de comemoração. No entanto, a chegada do filho também gera dúvidas, apreensão e medo do desconhecido. Mas todos esses sentimentos só tomam forma (ou não) quando a mãe finalmente toma o filho em seus braços. Por outro lado, não temos nem o controle absoluto do processo e nem a garantia de um nascimento saudável. Ainda que a mãe faça o acompanhamento do pré-natal, com todos os aparatos tecnológicos (exames laboratoriais, ultrassonografia) e siga todas as orientações dos profissionais de saúde, o nascimento pode culminar num parto de risco. Intercorrências como prematuridade, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), descolamento prematuro de placenta ou parto de difícil extração do feto podem provocar a internação do filho na UTI Neonatal, assim como situações do próprio recém-nascido - como desconforto respiratório, malformações e infecções congênitas, asfixia, síndromes genéticas, e complicações como hiperbilirrubinemia e hipoglicemia. Quando isso acontece, o contexto da vida da mãe, do pai e da família muda radicalmente.

O inesperado faz com que a família experimente a sensação de perda. Os pais e os familiares mais próximos sofrem um certo pesar com a perda do filho “perfeito” esperado, antes mesmo que se possam criar laços (KENNER, 2001, p. 259). E, por

consequente, a hospitalização surge como uma “experiência estressante, traumática e preocupante, além de afetar a estrutura e as atividades cotidianas no âmbito familiar”. (CAMPOS et al, 2004, p.19).

Segundo Tronchin e Tsunehiro (2006), diante da situação de um nascimento inesperado, ou seja, um filho não saudável, os pais enfrentam a diferença entre a imagem do esperado e do real, mas acabam por se adaptar a uma realidade eivada de muitas frustrações. A frustração, por sua vez, dá origem a um certo estado de luto pelo ideal perdido. Neste momento, de tantas incertezas, a família necessita de apoio não só para reconciliar a imagem mental idealizada com a nova realidade, mas para se acostumar com a aparência diferente da idealizada. Some-se a isso também a inevitável sensação de incerteza quanto ao futuro.

A equação nascimento de um bebê de alto risco somado a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal inevitavelmente costuma ser acrescida de um outro termo: a morte. Outros procedimentos comuns na UTI – entre eles a restrição das visitas e de informações para os parentes - acentuam ainda mais a angústia dos familiares e amigos. Como na maioria das vezes os bebês apresentam patologias de desconhecimento popular, isso também complica o entendimento e a aceitação da realidade por parte dos pais e da família. Essa combinação de fatores gera ansiedade e conflito, além de sentimentos de culpa, temor, desespero, ansiedade, revolta e impotência.

Todos esses sentimentos são de uma certa forma, potencializados pela tecnologia e a aparelhagem complexa que envolve uma UTIN. Os pais ficam chocados em sua primeira visita com os diversos ruídos (monitores, bombas, incubadoras, respiradores) e o elevado volume de informações prestadas por vários profissionais de saúde ao mesmo tempo. Sem contar os procedimentos invasivos que deixam os bebês com uma aparência assustadora.

A presença dos pais na UTIN é de suma importância, tanto para o bebê quanto para eles, como diz Laperuta (2002, p. 13): “O amor e o carinho dos pais são elementos fundamentais na assistência e são tão importantes para a criança quanto os aparelhos e os medicamentos utilizados”.

Neste contexto é muito comum associar a figura materna ao acompanhante natural de um filho hospitalizado. Afinal de contas, ela é considerada a principal cuidadora, cabendo ao pai apenas a função de provedor do sustento familiar. O estudo de Tronchin e Tsunehiro (2006) intitulado “Cuidar e o conviver com o filho prematuro:

a experiência do pai” relata que, neste milênio, precisamos mudar o foco do “pai visitante”. No texto os próprios pais relatam as dificuldades deste relacionamento como a falta de ternura e a pouca cumplicidade com os filhos, já que os pais, na maioria das vezes, são provedores da família e se mantêm distantes emocionalmente. É preciso, portanto, resgatar o homem trazendo-o para as questões da paternidade e o cuidado com o filho.

A experiência que adquiri trabalhando em UTINs vem ao encontro dos estudos das autoras Tronchin e Tsunehiro (2006 e 2007). Neste hospital da rede privada, cenário desta investigação, percebo que com a internação da mãe-puérpera no setor cirúrgico, no pós-operatório de cesariana, cabe ao pai a maior parcela de participação na UTIN. Ele é o primeiro da família a receber notícias do estado de saúde do filho – que muitas vezes entra e sai da UTI sem ao menos dar um toque paternal. Geralmente quando é estimulado a ficar próximo do filho, o pai responde que tem medo de machucá-lo ou piorar seu estado de saúde.

Mas é neste contexto que o pai tem um papel muito importante a desempenhar durante a hospitalização do filho na UTI. Afinal de contas, existem dois membros de sua família que necessitam de cuidados (mãe e filho), recaindo sobre eles (os pais) todas as responsabilidades, inclusive a assistência aos outros filhos que ficaram em casa. Desnecessário dizer que o homem é limitado para desempenhar estas funções e que esta limitação foi e é construída socialmente ao longo do processo histórico. E o tempo da licença paternidade, limitado a cinco dias, é um exemplo bem atual deste fenômeno.

O estudo de Silva (2007) trabalhou a questão dos encontros afetivos entre pais e bebês no espaço relacional da Unidade Neonatal. O trabalho aponta as necessidades peculiares do bebê para interação e a própria história afetiva da unidade familiar. Nesta última, venho percebendo frequentemente, ao longo da minha prática hospitalar, que a valorização técnica, por parte dos profissionais, é maior que o ato de estar ao lado, tocar, aconchegar.

O ato de tocar é um dos cuidados de enfermagem, que deve fazer parte do cotidiano dos pais como fonte de comunicação com seu filho hospitalizado. Trata-se de um elo que, se for bem orientado, propicia bem-estar e envolve o sentimento de amor, tornando-se algo agradável para o bebê. Figueiredo (2003) inclusive refere o toque como uma das maneiras de se comunicar com o bebê e de demonstrar afeto.

Nesta ótica observei, por diversas vezes, que a figura paterna é um forte elo entre a mãe e o filho. Inicialmente pela dificuldade de locomoção da mãe na UTI

Neonatal no 1º dia de pós-cesariana e após o terceiro dia, pela alta hospitalar. Isso ocorre porque na rotina da rede privada aqui aludida, a mãe não pode permanecer internada sem justificativa, uma vez que sua permanência ocasionaria a glosa do plano de saúde (a falta de pagamento pelos dias adicionais).

Há com isso uma quebra de vínculo no cuidado diário das mães com seus filhos internados na UTI e a alta incidência de cesarianas, nas instituições privadas, surge como um dos maiores motivos para essa precoce separação mãe/filho. A combinação de outros fatores - o pós-operatório doloroso, a dificuldade de locomoção, o fato de morar longe e problemas financeiros - acabam restringindo integralmente a presença da mãe na UTI. O pai, assim, se transforma no membro da família mais próximo do recém-nascido. A forma com que as informações e orientações dos profissionais de saúde são transmitidas a este pai - que irá repassá-las à mãe - vai interferir seguramente nas emoções maternas. Afinal de contas, ele é o interlocutor, ou seja, o veiculador de comunicação do estado de saúde do filho.

Alguns autores se debruçaram sobre o tema, entre eles Scochi. De acordo com ele, a falta de oportunidade de interação efetiva entre mãe e filho pode levar a um prejuízo de apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro (SCOCHI et al, 2004). A explicação é simples: a internação na UTI desses recém-nascidos, que necessitam de cuidados especiais, acaba por dificultar a aproximação dos pais, já que o RN permanece um longo tempo internado, submetido a terapias invasivas e complexas.

Por isso percebi, na realidade da rede privada, que a ligação entre mãe e filho internado na UTI é mediada pelo pai após a alta hospitalar materna. É ele quem visita o recém-nascido todos os dias, mesmo que por poucos minutos, levando objetos de uso pessoal, obtendo informações e visualizando o quadro do bebê. Portanto, o pai passa a ser o principal cuidador/comunicador durante a impossibilidade da visita materna. Além disso, sempre que possível, é o pai que conduz a mãe até a UTIN e vai buscá-la após a jornada de trabalho.

Todas as intervenções realizadas na UTIN, então, devem ser entendidas como parte do processo de cuidar, aparecendo a família (tríade pai-mãe-filho) como um dos focos das ações da equipe multiprofissional. O nosso cuidado, afinal, não deve ser voltado apenas para o cuidado técnico.

As observações advindas da prática assistencial em uma UTI Neonatal da rede privada e o conhecimento teórico adquirido na literatura existente motivaram minhas reflexões e o delineamento das questões norteadoras deste trabalho: Qual a participação

do pai diante da internação do filho na UTI Neonatal? Qual a visão do casal com relação à participação do pai durante a internação do filho na UTI Neonatal?

A partir deste questionamento foram traçados os seguintes objetivos do estudo:

1. Conhecer a participação do pai durante a internação do filho na UTI Neonatal, a partir da história de vida do casal;
2. Analisar a participação do pai durante a internação do filho na UTI Neonatal a partir da visão do casal.

Este estudo incentiva a reflexão sobre as nuances afetivas que permeiam a paternidade, uma vez que este aspecto ainda tem sido pouco discutido na prática de enfermagem, especialmente no âmbito da produção científica.

Na nossa sociedade, a ênfase no cuidado do RN é ainda centrada na mãe. Essa visão limitada da questão reforça o estigma de que o homem “não tem jeito para isso”. O que defendemos é uma postura diametralmente oposta. Quando incentivada, a participação paterna, nas atividades inerentes ao cuidado do filho, demonstra que o pai é capaz de se incumbir das tarefas. E essa participação, desnecessário dizer, fortalece os laços afetivos e favorece a harmonia familiar.

Outra importante contribuição desta pesquisa vem a ser a apropriação de conhecimentos científicos relacionados à ligação entre pai (homem) e bebê. Os subsídios aqui desvelados não só darão margem a novos enfoques para o cuidar, mas reforçam as boas práticas já preconizadas pelos Programas de Humanização do Ministério da Saúde.

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. O trabalho está vinculado ao Projeto de Pesquisa da Prof. Dra. Leila Rangel da Silva – “Cuidado cultural a saúde da mulher brasileira: tendências e desafios para a enfermagem”. Este último está cadastrado no Departamento de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP).

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

Reproduzimos aqui a percepção que diversos autores têm sobre a questão da gravidez, suas raízes antropológicas, como estas últimas se reproduzem até os dias de hoje e seu confronto com os novos papéis que a mulher assumiu na sociedade:

Muitas mulheres ainda se referem à gravidez com exclusividade, utilizando-se de expressões que, consciente ou inconscientemente, transmitem a mensagem de que esta é uma questão puramente feminina. Essa concepção relega ao homem o papel de mero depositário de suas angústias e ansiedades. Paradoxalmente, a mulher, ao longo do processo, acaba se ressentindo diante da indiferença de seus parceiros. Isso ainda é reflexo de posturas ancestrais quando, de fato, o homem era excluído da relação e sua participação terminava no momento em que o bebê era concebido. (FREITAS et al, 2007)

As exigências sociais ainda preconizam a figura do provedor, porém cada vez mais as famílias buscam se organizar formando casais de dupla renda ou de dupla carreira, emergindo a nova figura paterna, não mais ancorada no poder econômico. (GOMES ; RESENDE, 2004)

O homem conseguiu manter-se alheio às questões de fertilidade e concepção por um longo tempo, como se fosse possível não ser atingido por elas. Mulheres cada vez mais independentes podem submeter-se à tecnologia médica de reprodução humana, sendo o homem pai sem dar consentimento, ou, como doador de sêmen, com desconhecimento da existência de um filho. Estas condições ameaçam seu direito de desejar, planejar e se organizar para ser pai. (GOMES ; RESENDE, 2004)

É verdade que fisiologicamente o homem está em desvantagem, já que quem gesta o bebê é a mulher. No entanto, se ela puder ajudá-lo e conseguir introduzi-lo nesta relação íntima, este pai poderá assumir a função que lhe é de direito e de amor. Assim, o vínculo paterno-filial irá se fortalecendo, aumentando seu envolvimento e prazer em acompanhar o desenvolvimento da gestação. (FREITAS et al, 2007)

Os aspectos culturais impostos aos homens, como a virilidade, ou a idéia de que ceder ao aprendizado e aos sentimentos aparenta um sinal de fraqueza ou perda da masculinidade, podem ser desmistificados com o auxílio da esposa ou de outras pessoas quando a questão é o cuidado dedicado ao filho. (TRONCHIN ; TSUNECHIRO, 2006)

Em período recente de nossa história, o homem encontrava dificuldades para separar sua individualidade das funções de pai. Manteve-se protegido no silêncio, comprometedor de toda possibilidade de diálogo com a família, especialmente com os filhos. Foi sempre apoiado pela cultura que, sendo patriarcal, reservou-lhe lugar acima da trama doméstica constituída, sobretudo, pela mulher e pela criança. (GOMES; RESENDE, 2004).

Esta situação vem-se modificando, lenta e progressivamente, sob a égide de transformações mais amplas, em cujo fluxo imbrica-se, de modo indissociável, sociedade e família. Porém, a mudança de hábitos não acompanha o ritmo da transformação de valores. Antes de assimilar o esboço de nova configuração familiar, modelado no processo que introduziu a mulher no mercado de trabalho, o homem é surpreendido pela ruptura da hierarquia doméstica e pelo constante questionamento de sua autoridade. (GOMES ; RESENDE, 2004)

Tais mudanças não contribuíram para reduzir o vazio instalado na rede de relações afetivas. O distanciamento entre o homem e os demais membros do núcleo familiar, denuncia-se na fragilidade do vínculo estabelecido entre pai e filho. (GOMES; RESENDE, 2004)

Felizmente os tempos mudaram, e o que vemos, atualmente, é que vem aumentando o número de homens que desejam participar ativamente do processo de paternidade, constituindo-se num elemento-chave. A partir desta mudança, constatada na prática pelos agentes de saúde, deixamos de considerar apenas a mulher grávida. Hoje, é possível afirmar, em muitos casos, que o casal está grávido.

Outros autores se debruçaram sobre o outro termo deste trabalho: o nascimento comprometido por complicações.

O nascimento precoce, ou acometido por alguma intercorrência estabelece um rompimento do sonho esperado, o de ter um filho “normal”. Ter um filho internado em uma unidade de cuidados intensivos retrata uma experiência inesperada, desencadeando uma metamorfose de sentimentos, acima de tudo o medo de perder a criança, somado ao seu distanciamento. (MARSON, 2008)

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o avanço técnico-científico e o aprimoramento dos recursos tecnológicos têm possibilitado a sobrevivência de um número maior de recém-nascidos de risco. Se configurando então, como um ambiente tecnológico onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, se voltam principalmente para a recuperação do bebê. Mas é nesse

mesmo ambiente que outras necessidades do bebê ganham destaque, como a inserção de sua família nos cuidados e a manutenção da qualidade de vida. (SILVA, 2007)

As trocas de carinho e afetividade entre o RN e sua família são pontos cruciais ao fortalecimento do relacionamento, pois conforme permanecem com o filho, adquirem tranquilidade, capacitando-se para o cuidar. (TRONCHIN ; TSUNECHIRO, 2006)

A complexidade do tema aqui trabalhado nos impõe a necessidade de olhar a questão a partir da tríade pai-mãe-filho. É condição necessária envolver os pais no cuidado, considerando suas experiências, para que eles, à luz inclusive de uma reflexão científica, sejam verdadeiros parceiros na transformação da realidade.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Natureza da Pesquisa

Reproduzimos aqui algumas considerações a respeito do processo de elaboração de pesquisas e a representação da realidade que elas proporcionam. Algumas reflexões dizem respeito inclusive a textos acadêmicos que trabalharam a mesma questão abordada por esta pesquisa:

A subjetividade nos diferentes espaços das relações humanas compõe um vasto campo ainda pouco conhecido para a comunidade científica. Atualmente, este campo vem sendo mais intensamente explorado através de pesquisas qualitativas, uma vez que o nível profundo da experiência humana não é passível de mensuração. Apesar de não existir dicotomia entre objetividade e subjetividade, entre o concreto e o abstrato, na realidade os fenômenos se complementam. (SILVA, 2007)

Para fins desta investigação, os aspectos subjetivos foram evidenciados através da abordagem qualitativa. Esta opção foi delineada pelo próprio desenho do objeto no qual a ligação entre pai e bebê constituiu-se alvo de interesse deste estudo. (SILVA, 2007)

O principal interesse dos pesquisadores qualitativos é na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial. As maneiras como as pessoas se relacionam, sua relação sujeito-objeto, é observada através de conceitos tais como opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas (BAUER ; GASKELL, 2003, p.57).

Este mundo em que as pessoas vivem/habitam refere-se a um contexto de vida no qual os seres humanos estabelecem relações entre si e com o contexto do seu ambiente, dinamicamente, extraindo experiências e atribuindo-lhes significados ao longo do cotidiano. (MAHERIE, 1994)

Este estudo vem ao encontro da dissertação de Mestrado em Enfermagem da Enfermeira Neonatologista e Docente Laura Johanson da Silva – Encontros afetivos entre pais e bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do método mãe-canguru. O trabalho descreve o mundo vivencial ainda pouco revelado na

literatura, com muitas facetas intrigantes por conhecer e compreender a participação paterna diante da internação do filho na UTIN. (SILVA, 2007)

Segundo Denzin ; Lincoln (2005), as pesquisas qualitativas envolvem a utilização de estudos e a coleção de uma variedade de materiais empíricos tais como experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, artefatos, textos e produções culturais, observação, histórias, interações e textos visuais, dentre outros. De posse desses materiais empíricos, o pesquisador, que trabalha com a abordagem qualitativa, descreve rotinas, momentos problemáticos ou significados individuais da vida dos sujeitos.

Assim, o método história de vida foi escolhido como um caminho para obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa e, no caso deste estudo, os pais (pai e mãe) com filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Isso vai ao encontro do objeto, já que, se queremos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa. (BERTAUX, 2005)

O método História de Vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Ele busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador. (SANTOS; SANTOS, 2008)

Quanto ao significado do termo História de Vida, a língua inglesa dispõe de duas palavras para traduzir o vocábulo francês *historie*, que são *story* e *history*. Na década de 70, o sociólogo americano Denzin propôs a distinção desta terminologia, como esclarece Bertaux (1980):

Life story ou estória ou relato de vida, designa a história de vida contada pela própria pessoa que vivenciou. Ao realizarmos a entrevista deveremos acreditar no narrador, o seu ponto de vista.

Life history ou estudo de caso clínico, é utilizada para aprofundar estudos sobre a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos checando os dados em documentos oficiais.

A life history também foi utilizada neste estudo. Os dados dos prontuários dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foram coletados para que obtivéssemos dados referentes à história obstétrica (da mãe) e neonatal, caracterizando os sujeitos do estudo (APÊNDICE 1)

Destacamos que no método história de vida, o pesquisador não tem controle da situação. Ao contrário, todo estudo é direcionado pelo entrevistado, a partir de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e como eles interagem com o presente.

O propósito da investigação da estória de vida é revelar como as pessoas comuns dão sentido às suas vidas, dentro dos limites que lhes são concebidos. O problema mais importante da pesquisa de uma estória de vida é o da investigação de como as pessoas vivem o ciclo de acontecimentos chamado tempo de vida, e o fazem imprimindo a própria marca ou assinatura. (DENZIN, 1984, p.42).

Santos analisa aqui as dificuldades enfrentadas pelas profissionais de enfermagem: “O que se observa é que as enfermeiras não têm encontrado respostas puramente científicas que justifiquem o seu cuidar. Há necessidade de ouvir o cliente, conhecer o que ele pensa, o que sente e, principalmente, o que precisa para que juntos possam negociar o tipo de cuidado que necessita e que pode ser implementado” (SANTOS, 2009).

Cenário da Pesquisa

A instituição eleita para o desenvolvimento da pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de caráter privado, localizada no bairro do Méier, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A instituição tem como filosofia o atendimento de qualidade ao cliente. As instalações envolvem uma estrutura vertical composta de cinco andares distribuídos em: administração, exames diagnósticos, emergência (adulto), clínica médica e cirúrgica, central de material, esterilização, UTI adulto, maternidade, berçário, UTI neonatal, manutenção clínica e predial. A demanda da clientela se configura no atendimento de alguns planos de saúde vigentes no Brasil.

A porta de entrada se configura na emergência geral (que conta com um obstetra plantonista, dentre outras especialidades). No que diz respeito ao atendimento neonatal, a unidade, que foi inaugurada com o hospital em quatro anos, está localizada no 2º andar, junto ao centro cirúrgico e ao UTI adulto. A proximidade dos dois setores visa facilitar a condução do RN ao setor e a locomoção da mãe que necessite de cuidados intensivos. A UTIN dispõe de 12 leitos, com aparelhos modernos, posto de enfermagem central, sala para preparo de medicações, farmácia, sala da chefia e uma ante-sala para acomodar pertences pessoais em armários individuais identificados com o nome da criança e de seus pais, além de pias para lavagem das mãos. No mesmo andar funciona

um Centro de Apoio Familiar (CAF), equipado com sofás, TV e banheiros para entretenimento dos familiares.

A visita é permitida aos pais das 10h às 22h, com permanência integral durante esse período. As avós têm acesso todas às terças-feiras, das 15h às 16h.

Atualmente, a Unidade Neonatal conta com uma equipe de enfermagem composta por dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro por plantão (24 X 72 horas), além de uma enfermeira gerente do setor. A média de internações é de 10 recém-nascidos mensais. A equipe multiprofissional é composta por neonatologistas, nutricionista, fisioterapeuta.

Aspectos Éticos da Pesquisa

O rigor ético que norteou a realização desta pesquisa foi fundamentado na beneficência, autonomia e justiça – os três critérios principiológicos que compõem a bioética contemporânea. Pautar minha atuação como enfermeira e pesquisadora nestes princípios bioéticos foi uma forma de orientar minha conduta, imprimindo valores e princípios morais. Conforme argumenta Shiratori, “estes valores, por sua vez, devem estar comprometidos principalmente com a qualidade de vida e com a proteção da dignidade da pessoa humana” (SHIRATORI et al.,2004, p.318).

Em atenção aos aspectos ético-legais ligados à pesquisa com seres humanos, especificados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo não trouxe riscos físicos e/ou psíquicos para os participantes, uma vez que não propôs qualquer intervenção ou procedimento capaz de prejudicar o processo de tratamento e acompanhamento dos bebês e de seus pais na Unidade Neonatal.

O acesso aos objetivos, procedimentos, resultados ou andamento da pesquisa, o tempo de participação, bem como outros direitos foram garantidos aos sujeitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento foi assinado pelos entrevistados e pelas pesquisadoras.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ HESFA, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em 25 de Março de 2009, sendo protocolado sob o número 109/08. (ANEXO 1)

À luz destas disposições, a ética maior, durante a coleta de dados, foi manter e proteger a dignidade dos sujeitos desta pesquisa, mantendo o fluxo de cuidados de enfermagem, respeitando seus momentos e suas histórias. Não formulamos também

nenhum tipo de julgamento. Ao contrário, acolhemos suas singularidades. A participação na pesquisa foi oferecida a eles como uma escolha voluntária, assim como a possibilidade de desistência, sem quaisquer comprometimentos para a qualidade da assistência e atenção à saúde dos recém-nascidos.

A todo o momento foram detalhadas as etapas do estudo de forma clara e objetiva. A linguagem usada foi de fácil compreensão e ficamos à disposição o tempo todo para, a qualquer momento, dirimir possíveis dúvidas.

Ficou assegurado também aos participantes que os dados coletados nas observações e as informações prestadas nos depoimentos serão veiculados apenas para fins científicos, mantendo-se a preservação da identidade. Assim, foram escolhidos siglas e números para serem identificados ao longo do estudo, sendo também enumerada cada unidade familiar (pai, mãe, filho), da seguinte forma: RN1, M1, P1, que correspondem, respectivamente, aos termos: recém-nascido, mãe, pai.

Por fim, cabe ressaltar que a pesquisadora foi responsável pela coleta e análise dos dados, não havendo nenhum ônus financeiro para a instituição e para os participantes da pesquisa.

Percurso da Produção dos Depoimentos

Uma questão importante é o nível de intervenção/interação que o pesquisador provoca naqueles que estão sendo entrevistados. Neste estudo, a interação não teve por finalidade a mudança de comportamento dos sujeitos, mas sim, o conhecimento da entrevista por parte dos pesquisados.

No Método História de Vida, o pesquisador não tem controle da situação, pelo contrário, todo o estudo é direcionado pelo entrevistado, a partir de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e como interage com o presente (GLAT, 1989).

O instrumento de coleta foi uma entrevista aberta que, de acordo com Bertaux (2005, p.20), “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento, porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”.

Além da técnica, a entrevista tem a dimensão de um processo social durante o qual o entrevistador e o entrevistado estão envolvidos e cooperam na construção de conhecimento, cada qual com suas particularidades. Silva ilustra bem a situação: “É um processo de interação no qual as palavras são o principal meio de partilha, de troca de idéias, de significados e percepções, onde várias realidades são exploradas e

desenvolvidas. É uma tarefa comum a ambos, onde lidam com sentidos, sentimentos e acontecimentos” (SILVA, 2007, p.73).

Já Bauer e Gaskell (2003) entendem que a entrevista em profundidade explora cuidadosa e detalhadamente a visão do entrevistado. As perguntas são abertas, realizadas face a face, convidando a falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir.

A entrevista permitiu, enquanto técnica principal de produção dos depoimentos para este estudo, o aprofundamento das questões relacionadas à participação do pai no percurso da gravidez, do parto e do nascimento, bem como das interações na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Isto foi possível, conforme defende Silva, mediante a característica de formular uma única pergunta. Esta técnica gera possibilidades de sondagens extras e apropriadas de minha parte, como pesquisadora, para a continuidade da narrativa e da expressão, permitindo focalizar melhor a perspectiva dos sujeitos. (SILVA, 2007)

Como já descrito, os sujeitos da pesquisa foram os pais e as mães de recém-nascidos internados na UTIN. A pergunta norteadora da entrevista para o PAI foi: “Fale o que você considera importante na sua vida e que tenha relação com a sua vivência como pai”. Já a pergunta norteadora da entrevista para a MÃE foi: “Fale o que você considera importante na sua vida - sua vivência neste momento de internação do seu filho na UTIN - em relação à participação do pai”.

Foram realizadas 11 entrevistas com o pai e a mãe do RN (totalizando 22), conforme agendamento prévio, num mesmo dia. Cada uma delas foi realizada isoladamente, de forma que os entrevistados, não se comunicando, não contaminassem os depoimentos. Visamos com essa precaução respeitar a individualidade de cada depoente.

O convite era feito para o pai e a mãe após o 3º dia de internação, quando a mãe participava melhor da internação do RN, visto que a maioria submeteu-se a cesárea impossibilitando a locomoção imediata.

Inicialmente encontrei muita dificuldade para fazer as entrevistas, pois a chefia tinha uma visão equivocada a respeito da importância de um trabalho científico e os benefícios que ele propicia. Não tivemos acesso a um local fixo e adequado para ouvir os entrevistados mas, apesar dessas dificuldades, foi possível ouvir os relatos dos participantes. Os pais demonstraram muito interesse no estudo principalmente porque

sua participação poderia ajudar, no futuro, outros pais que enfrentassem a mesma situação.

A duração das entrevistas variou entre 06 a 28 minutos, com um tempo médio de 10 minutos, e as conversas totalizaram 46 páginas transcritas. Os depoimentos foram gravados em MP3, para posterior transcrição, e arquivadas no computador, sendo que após cinco (5) anos serão descartadas.

A coleta dos depoimentos se estendeu dos meses de Fevereiro a Junho de 2009. A captação dos sujeitos cessou com base no critério de saturação dos dados, ou seja, quando temas comuns começaram a se repetir constantemente, enquanto, paralelamente, novas surpresas ou percepções deixavam de aparecer. Neste ponto de saturação, houve uma confiança crescente de minha parte, enquanto pesquisadora, na compreensão emergente do fenômeno (BAUER; GASKELL, 2003).

Sujeitos do Estudo

Integraram este estudo onze casais (pai e mãe), que totalizaram vinte e dois sujeitos. A aproximação com os pais, no ambiente da Unidade Neonatal, possibilitou-me atraí-los para o trabalho e a consequente realização das entrevistas após o terceiro dia de internação. O único critério de seleção dos participantes foi submeter a eles - pais e mães (casal) – a decisão se desejavam ou não participar do estudo.

O convite foi feito durante uma das visitas dos pais à Unidade Neonatal, quando a mãe podia ficar mais presente. Inicialmente, apresentamos os objetivos da pesquisa e os respaldos éticos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). Não houve rejeição ou desistência por parte dos sujeitos que aceitaram participar.

Durante todo o período, os pais e as mães mantiveram contato comigo, principalmente no próprio ambiente da UTIN, na realização dos cuidados de enfermagem. Assim foi que me conheceram, adquiriram confiança e passaram a me chamar para conversar sobre suas preocupações. Falavam sobre a evolução do filho e suas ‘façanhas’ como, por exemplo, conseguir tomar o leite no copinho, chorar com mais força e esboçar sorrisos. Alguns até me perguntavam sobre o andamento da pesquisa. É interessante registrar que essa vinculação pesquisadora-pesquisados foi muito benéfica para a coleta dos depoimentos, pois eles se sentiam à vontade na UTIN.

Salvaguardando as características peculiares de cada casal, de um modo geral, todos os sujeitos também se sentiram livres para falar abertamente durante a entrevista.

Alguns pais choraram durante ou após o discurso, riram e até me abraçaram, agradecendo a oportunidade de falar sobre a sua experiência de ser pai de um filho internado na UTI Neonatal.

Para alguns entrevistados, o depoimento e sua participação na pesquisa configurou-se uma oportunidade de contar aos outros sobre suas ‘vitórias’. Isso demonstra o valor psicológico da narrativa – qual seja refletir e explicitar sobre uma experiência difícil - para quem passa por um processo de hospitalização junto ao filho.

Assim, o percurso de coleta de dados foi bastante intenso. Minha própria afetividade ficou ‘à flor da pele’ ao entrar em contato com histórias de vida inicialmente desconhecidas, tão difíceis, duras e tristes, mas, ao mesmo tempo, tão ricas, belas, cheias de superação e de afeto. O Quadro 1 apresenta as unidades familiares (os casais) que participaram deste estudo com as respectivas numerações com as quais foram identificadas e o perfil dos entrevistados.

Quadro 1 – Perfil dos pais, segundo idade, procedência, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos anteriores. Rio de Janeiro/RJ, fev/jun., 2009.

| RN | SUJEITOS (MÃE/PAI) | IDADE | PROCEDÊNCIA | ESCOLARIDADE | PROFISSÃO | ESTADO CIVIL | Nº FILHOS ANTERIORES |
|-----|--------------------|-------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|
| RN1 | M1 | 27 | Santa Cruz da Serra (DQ) | Ensino superior completo | Contadora | Casados | 0 |
| | P1 | 35 | | | Contador | | |
| RN2 | M2 | 26 | Tijuca (RJ) | Ensino médio completo | Balconista | União Consensual | 0 |
| | P2 | 34 | | | Corretor de seguros | | |
| RN3 | M3 | 28 | Tijuca (RJ) | Ensino superior completo | Psicóloga | Casados | 0 |
| | P3 | 27 | | | Web design | | |
| RN4 | M4 | 20 | Irajá (RJ) | Ensino médio completo | Balconista | Solteiros | 0 |
| | P4 | 25 | | | Técnico de suporte | | |
| RN5 | M5 | 35 | Taquara (RJ) | Ensino médio completo | Técnica de enfermagem | União Consensual | 2 |
| | P5 | 46 | | | Comerciante | | 1 |
| RN6 | M6 | 23 | Colégio (RJ) | Ensino médio completo | Do lar | Casados | 1 |
| | P6 | 25 | | | Operador de máquina | | |
| RN7 | M7 | 25 | Irajá (RJ) | Ensino médio completo | Secretária | Casados | 0 |
| | P7 | 27 | | Ensino superior incompleto | Professor | | |

| | | | | | | | |
|------|-----|----|--------------|--------------------------|------------------------|---------|---|
| RN8 | M8 | 30 | Sulacap (RJ) | Ensino médio completo | Do lar | Casados | 1 |
| | P8 | 32 | | Ensino superior completo | Analista de sistemas | | |
| RN9 | M9 | 28 | Irajá (RJ) | Ensino médio completo | Técnica de laboratório | Casados | 1 |
| | P9 | 44 | | Ensino superior completo | Biólogo | | 1 |
| RN10 | M10 | 30 | Taquara (RJ) | Ensino superior completo | Empresária | Casados | 0 |
| | P10 | 34 | | | Policial civil | | 1 |
| RN11 | M11 | 26 | Sulacap (RJ) | Ensino superior completo | Pedagoga | Casados | 0 |
| | P11 | 29 | | | Professor | | |

Fonte: Entrevistas com pais e mães de filhos internados na UTIN.

Um olhar sobre o Quadro 1 indica que a idade entre os homens variou de 25 a 46 anos, sendo a média de 35 anos. Já entre as mulheres a idade variou de 20 a 35 anos, com média de 27 anos.

A procedência, ou seja, a cidade/bairro onde os sujeitos da pesquisa residem, variou muito, indo de bairros próximos à Instituição ou mesmo de fácil acesso, como por exemplo, Irajá, a outros mais distantes, como Santa Cruz da Serra (do município de Duque de Caxias), todos localizados no Estado do Rio de Janeiro.

A longa distância entre a residência e a instituição e a dificuldade em relação aos altos custos com transporte e/ou estacionamento foram fatores relatados pelos pais, que interferiram diretamente na frequência de visitação deles e de outros familiares na Unidade Neonatal. Isso comprometeu a participação de pai e mãe nos cuidados com o bebê, uma vez que eles não conseguiam retornar diariamente à unidade.

A escolha do local do nascimento seguiu indicação do médico pré-natalista e este último levou em conta que a Instituição indicada tinha uma boa estrutura e uma UTI Neonatal e Materna para as intercorrências obstétricas.

No que se refere à escolaridade dos 22 participantes a pesquisa trouxe à tona os seguintes indicadores: 10 (45,45%) possuíam o ensino superior completo, 1 (4,55%) o superior incompleto, 11 (50%) o ensino médio completo. Quanto à profissão, houve uma diversidade de funções. Nove (81,82%) mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho e somente duas (18,18%) se dedicavam a vida do lar. Todos os homens ocupavam postos de trabalho na cadeia produtiva. Foi notável a preocupação e a maneira como os pais conseguiam conciliar o retorno rápido ao trabalho e o desempenho de várias funções relacionadas com o nascimento do filho, entre eles acompanhar/ajudar a esposa, ir ao hospital visitar o filho, acompanhar toda evolução clínica.

Quanto ao estado civil, dois (9,09%) entrevistados se declararam solteiros, quatro (18,18%) viviam sob união consensual e 16 (72,73%) eram casados. Seis casais declararam não ter outros filhos, o que denota que a maioria dos entrevistados estava vivenciando sua primeira experiência na função materna/ paterna. Três casais estão na segunda união e relataram ter outros filhos. Somente a mãe identificada por M10 não teve filhos da união anterior.

Com base nos registros no prontuário, foi possível traçar uma breve caracterização do histórico gestacional entre as mulheres-mães participantes do estudo. O Quadro 2 descreve o levantamento.

Quadro 2 – Caracterização das mães quanto ao histórico gestacional da última gravidez. Rio de Janeiro/RJ, fev/jun., 2009.

| SUJEITO | IDADE | BREVE HISTÓRICO GESTACIONAL | TIPO DE PARTO |
|----------------|--------------|---|----------------------|
| M1 | 27 | - GI, P0, A0 - Na data do parto, USG evidenciou diástole zero, tendendo a centralização fetal. | Cesárea |
| M2 | 26 | - GI, P0, A0 - USG morfológica evidenciou síndrome de Dandy Walker e cardiopatia. | Cesárea |
| M3 | 28 | - GII, PI, AI - ITU tratada no início da gestação. - Internada há dois dias (antecedente ao parto) em tratamento de infecção urinária, em uso de cefalotina. | Cesárea |
| M4 | 20 | - GI, P0, A0 - Diagnóstico intra-útero, na 22 ^a semana de gestação, hérnia diafragmática esquerda. - ITU tratada há dois meses. | Cesárea |
| M5 | 35 | - GIII, PII, A0 -DHEG grave. - Oligodramnia severa. - Recebeu 3 doses de corticóide. | Cesárea |
| M6 | 23 | - GII, PI, A0 - DHEG. - USG – polidramnia. | Cesárea |

| | | | |
|-----|----|--|---------|
| M7 | 25 | <ul style="list-style-type: none"> - GI, P0, A0 - DHEG. - Oligodramnia severa e taquicardia fetal. - Recebeu hidralazina e 1 dose de corticóide. | Cesáreo |
| M8 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> - GII, PI, A0 - Câncer de colo de útero com conização. - Realizou cerclagem. - Leucograma normal, PCR positivo. - Em uso de ampicilina. - Fez 1 dose de corticóide. | Normal |
| M9 | 28 | <ul style="list-style-type: none"> - GII, PI, A0 - Oligodramnia severa, sem história de perda de líquido amniótico. - Recebeu 2 doses de corticóide. | Cesárea |
| M10 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> - GII, P0, A0 - Gestação de gemelar, diagnosticado feto morto (GI) com 30 s. - USG com micropolicitose renal, com 29/ 30s gestacional, sendo normal o exame subsequente. - Recebeu 2 doses de corticóide. | Cesárea |
| M11 | 26 | <ul style="list-style-type: none"> - GI, P0, A0 | Normal |

Fonte: Entrevistas com pais e mães de filhos internados na UTIN

Legenda: (G) refere-se ao número de gestações, (P) paridade e (A) número de abortos; (ITU) infecção do trato urinário; (DHEG) doença hipertensiva da gestação; (GI) gemelar I; (USG) ultrassonografia.

Observando a caracterização do histórico gestacional das mães, é possível notar que a maioria, (06) 54,55% era primípara. A experiência da primeira gestação pode ser vivida pela mulher com uma carga extra de ansiedade, medo ou insegurança quanto ao nascimento do bebê, seu futuro papel materno e as repercussões na dinâmica familiar.

O que ganha destaque nas informações do Quadro 2 é a presença real ou potencial de risco materno-fetal em praticamente todas as situações, sendo que, em alguns casos, a própria gravidez já se caracterizava de risco. Importante destacar que em todos os casos as mulheres estavam vivenciando pela primeira vez o risco na gestação. Em virtude do risco e da urgência, nove mulheres (81,82%) foram submetidas à cesárea.

No Quadro 3 foi traçado o perfil dos bebês com relação ao nascimento.

Quadro 3 – Perfil dos bebês ao nascimento, segundo sexo, idade gestacional, peso ao nascer, apgar, necessidade de reanimação e diagnóstico de internação. Rio de Janeiro/RJ, fev/jun., 2009.

| RECÉM-NASCIDO | SEXO | IDADE GESTACIONAL (semanas/ dias) | PESO (g) | APGAR (1/5) | NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO | DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO |
|----------------------|-------------|--|-----------------|--------------------|----------------------------------|---|
| RN1 | M | 35s 2d | 2,010g | 9/10 | Não | Prematuridade, Baixo peso, Sofrimento fetal. |
| RN2 | F | 36s | 2,155g | 8/9 | VPP (ambu) | Cardiopatia congênita, Síndrome de Dandy Walker. |
| RN3 | F | 34s | 2,355g | 9/10 | Não | Prematuridade, Hipoglicemia, Sepse suspeita |
| RN4 | F | 36s 4d | 1,935g | 3/5 | VPP (ambu) EOT | Prematuridade, Hérnia diafragmática esquerda |
| RN5 | F | 31s 6d | 1,695g | 8/9 | VPP (ambu) | Prematuridade, Sofrimento respiratório. |
| RN6 | M | 37s 1d | 3,980g | 8/9 | Não | Sofrimento respiratório, Gemência. |
| RN7 | M | 32s 3d | 1,585g | 6/8 | VPP (ambu) | Prematuridade, Desconforto respiratório. |

| | | | | | | |
|------|---|--------|--------|------|---------------------|--|
| RN8 | F | 31s 4d | 1,395g | 6/7 | Oxigênio inalatório | Prematuridade, Desconforto respiratório. |
| RN9 | F | 31s 3d | 1,770g | 9/10 | Não | Prematuridade, Baixo peso. |
| RN10 | M | 35s | 1,955g | 5/8 | VPP (ambu) | Prematuridade, Risco infeccioso. |
| RN11 | M | 39s | 3,940g | 2/5 | VPP (ambu) EOT | Asfixia perinatal grave |

Fonte: Entrevistas com pais e mães de filhos internados na UTIN Legenda: VPP, refere-se à ventilação por pressão positiva; e EOT, refere-se à entubação oro-traqueal. Índice de Apgar é o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém nascido à vida extra-uterina. Trata-se de um escore baseado na observação dos seguintes aspectos, no primeiro e no quinto minuto de vida: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa, coloração. Cada item recebe um grau de 0, 1 ou 2. Os escores totais de 0 a 3 representam sofrimento grave, escores de 4 a 6 significam dificuldade moderada, e, de 7 a 10, ausência de dificuldades na adaptação (WONG, 2006).

Vale ressaltar que todos os recém-nascidos nasceram no hospital onde foi realizado o estudo, sendo estes dados colhidos diretamente do prontuário. Quanto ao sexo, o feminino foi predominante, com (06) 54,55%. Entre os bebês deste estudo, a idade gestacional, determinada pelo método Ballard (refere-se à avaliação neuromuscular e somática que determina a idade gestacional), variou entre 31 e 39 semanas, sendo que dez deles (90,91%) na faixa de prematuridade e apenas um (9,09%) a termo. No que se refere ao peso, os valores variaram de 1,395g à 3,940g.

Análise dos Depoimentos

O processo analítico empregado foi a análise temática, que “consiste em reportar, em cada relato de vida, as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro”. (BERTAUX, 2005, p.99)

Ainda de acordo com o mesmo autor, o objetivo da análise das entrevistas é explicitar as informações e significados pertinentes nela contidos. A maioria dessas informações e significados não aparece na primeira leitura, fazendo-se necessárias, assim, leituras sucessivas, pois a experiência demonstra que cada leitura revela novos conteúdos semânticos. (BERTAUX, 2005)

Outra advertência de Bertaux foi levada em conta ao longo desta pesquisa: “Para que não haja interpretação indevida da citação, os fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada, um depoimento só pode ser compreendido, reinserido na história do sujeito. (BERTAUX, 2005)

Sobre o mesmo tema, Santos e Santos (2008), explicam que é só a partir do significado atribuído por cada depoente, à sua história de vida, que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

Os depoimentos foram analisados respeitando a individualidade e a especificidade de cada depoente, porém os seus discursos foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram dos discursos dos entrevistados (pai e mãe).

Esta fase demorou muito tempo: até que o nível de envolvimento fosse obtido junto aos sujeitos para que conseguíssemos captar os verdadeiros significados. Promovi leituras incessantes do material colhido, dedicando especial atenção a tudo que chamasse atenção, notadamente a qualquer reação espontânea que desse margem à possibilidade de que o real não pudesse compreender aquilo que se imaginava.

Utilizei a técnica de recorte e colagem. Inicialmente, durante a leitura das entrevistas, anotava ao lado das falas minhas primeiras impressões sobre o tema. Numa próxima leitura,

realizei recorte das falas no computador, uma em cada folha, dando um título na parte superior, com a identificação devida. Depois fui procurando falas que se aproximassem. Realizei, portanto, a codificação, o que originou 45 unidades temáticas.

UNIDADES TEMÁTICAS

- Planejamento da gravidez/ filho saudável;
- Gravidez inesperada;
- Sentir-se só na gestação;
- Preocupação com a aceitação da família;
- O inesperado;
- Preocupação de o filho nascer bem;
- Quebra do vínculo;
- Preocupação com o que pode acontecer com o filho;
- Preocupação com o filho internado;
- Impacto ao ver o filho na UTIN;
- Ligação da UTIN com a morte;
- Mudar de opinião a respeito da UTIN;
- Transtorno com a internação/ mudança de rotina;
- Cuidado diferenciado por ter ficado na UTIN;
- Desejar a recuperação do filho, mais que tudo;
- Conflito de emoções, ambigüidade;
- Sentimento maternal/ realização enquanto mãe;
- Apoio do profissional, amigos, família, companheiro;
- Apoio de outras mães/ Solidariedade;
- Conforto em ver outras crianças na mesma situação;
- Falta de apoio dos familiares;
- Religião como apoio;
- Ter fé/ acreditar em Deus;
- Agradecer a Deus;
- Buscar respostas na espiritualidade;
- Aprendizado para vida;
- Tirando proveito do sofrimento;
- Transformação/ mudança de vida;
- Incerteza do futuro;
- Preocupar-se com a criação dos filhos/ relações familiares;

- Dificuldade de explicar a situação ao outro filho;
- Importância do apoio/ participação do pai/ companheirismo;
- Participação do pai no cuidado do filho;
- Ao ser pai, o filho fica em primeiro lugar;
- Responsabilidade de ser pai;
- Ser pai, ser forte;
- Realização enquanto pai;
- Experiência de vida como filho, agora pai;
- Se colocar no lugar do filho;
- Licença paternidade;
- Importância da informação;
- Confiança no trabalho da equipe;
- Sentir-se grato pelo cuidado e atendimento da equipe;
- Observar a responsabilidade, compromisso e envolvimento emocional das enfermeiras e equipe com o bebê e suas mães;
- Vínculo com a equipe.

Depois de codificados, fiz uma nova leitura das entrevistas na íntegra, comparando as unidades temáticas, com o intuito de descobrir novos temas e a forma de como realizar novos agrupamentos das unidades temáticas. Após essa trajetória cheguei a seis agrupamentos, aqui chamados de recodificação.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO: Desejo de ter um filho/ gestação/ parto

- Planejamento da gravidez/ filho saudável;
- Gravidez inesperada;
- O inesperado;
- Preocupação de o filho nascer bem;

SEGUNDO AGRUPAMENTO: UTIN – uma mudança de vida

- Quebra do vínculo;
- Impacto ao ver o filho na UTIN;
- Ligação da UTIN com a morte;

- Transtorno com a internação/ mudança de rotina;
- Importância do apoio/ participação do pai/ companheirismo;
- Desejar a recuperação do filho, mais que tudo;
- Participação do pai no cuidado do filho;
- Conflito de emoções, ambigüidade;
- Preocupação com o que pode acontecer com o filho;

TERCEIRO AGRUPAMENTO: Realização enquanto pai

- Ao ser pai, o filho fica em primeiro lugar;
- Responsabilidade de ser pai;
- Ser pai, ser forte;
- Realização enquanto pai;
- Experiência de vida como filho, agora pai;
- Se colocar no lugar do filho;
- Licença paternidade;
- Preocupar-se com a criação dos filhos/ relações familiares;

QUARTO AGRUPAMENTO: Aprendizado/ mudança para vida

- Aprendizado para vida;
- Tirando proveito do sofrimento;
- Transformação/ mudança de vida;

QUINTO AGRUPAMENTO: Reconhecimento do cuidado dos profissionais

- Mudar de opinião a respeito da UTIN;
- Importância da informação;
- Confiança no trabalho da equipe;
- Sentir-se grato pelo cuidado e atendimento da equipe;
- Observar a responsabilidade, compromisso e envolvimento emocional das enfermeiras e equipe com o bebê e suas mães;
- Vínculo com a equipe.

SEXTO AGRUPAMENTO: Apoio, força para conseguir superar as dificuldades que esse momento requer

- Apoio do profissional, amigos, família, companheiro;
- Apoio de outras mães/ Solidariedade;
- Falta de apoio dos familiares;
- Sentir-se só na gestação;
- Religião como apoio;
- Ter fé/ acreditar em Deus;
- Agradecer a Deus;
- Buscar respostas na espiritualidade;

Após o agrupamento foi feita uma nova leitura e, assim, emergiu uma grande categoria, com duas subcategorias que chamamos de síntese que, por sua vez, deram origem a categoria analítica.

Ser pai: do processo gestacional ao inesperado pelo nascimento do filho UTI neonatal

- 1.1 Do desejo (in) consciente à paternidade;
- 1.2 O “ser” pai na Unidade Neonatal.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

SER PAI: DO PROCESSO GESTACIONAL AO INESPERADO PELO NASCIMENTO DO FILHO UTI NEONATAL

De acordo com Silva, a ligação afetiva é um processo fundamental que tem ação constituinte na constelação familiar mãe-pai-filho. Para a mãe sentir-se envolvida afetivamente com seu bebê, ela necessita assumir a função materna, também denominada de maternagem (SILVA, 2007).

Já para o pai, foco desta investigação, o mesmo autor assinala que esse enamoramento, pelo filho, permite a ele (pai) fornecer a sustentação necessária para amparar a mãe, desenvolvendo sua função paterna. Por fim, para o bebê, a troca afetiva com seus pais (ou com quem assume tais funções) constituirá seu psiquismo, pois é a partir do contato corporal e dos laços com essas pessoas primordiais que se estabelece um sentido para existir. (SILVA, 2007)

A seguir, discutiremos a participação do pai durante a hospitalização do filho, a partir de sua história de vida, relacionando-a com a visão da mãe em relação à participação do pai. Vamos abordar a questão, assim, desde o desejo (in) consciente da paternidade, passando pelo nascimento até o exercício da paternidade com o filho internado na UTI Neoantal.

Sub-Categoria 1 – Do desejo (in) consciente à paternidade

A experiência de gerar um filho é um momento de destaque no ciclo vital da mulher e do homem com repercussões importantes para o seio familiar. Segundo Silva (2007), a gestação, invariavelmente, é um período de expectativas, planos e projetos além das intensas mudanças no corpo, na psique e no cotidiano, as quais são significadas pelos futuros pais e suas famílias de origem. Tal processo de significação está intrinsecamente ligado ao envolvimento psico-afetivo da unidade familiar.

Diante da gravidez, os pais aqui entrevistados assinalaram, em seus depoimentos, as vivências que marcaram sua trajetória junto ao bebê intraútero. É interessante notar os profundos laços que existem e a concretização da ligação afetiva com o bebê real, após o nascimento. Reproduzimos aqui um depoimento que ilustra a situação:

Então eu acho que assim a gente curtiu muito a gravidez. Eu não fui assim, uma pessoa diferente do que eu achava que eu seria quando eu fosse pai, assim até mesmo quando ela estava grávida. Não quanto às responsabilidades, mas o carinho que eu tinha quando ele tava na barriga dela, e até hoje. (P11)

A participação do homem na gravidez o faz sentir-se parte do processo e se reflete na qualidade de vida do casal, possibilitando relações menos conflituosas também com a mulher. A esse respeito, Piccinini et al, sublinha que os pais mais conectados emocionalmente à gestação estariam mais predispostos a reagir adequadamente às necessidades de apoio e compreensão de suas esposas (PICCININI et al, 2004). A fala de um pai pesquisado confirma a tese:

Nosso relacionamento é muito bom, é ótimo, nós somos apaixonados um pelo outro, e essa gestação foi bem quista, a gente planejou, ela já tinha duas filhas, mas queria ter uma comigo, eu aceitei, gostei, e eu tenho acompanhado direitinho, foi bem legal, bem tranqüilo. (P5)

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher. A gravidez é normalmente considerada um estágio de crise e a experiência de ter um filho acarretam consideráveis mudanças em relação à situação anterior, suscitando, na mulher, reações, sentimentos e fantasia.

Não somente a mulher, mas também o homem deixam de ser apenas filha e filho para se tornarem mãe e pai. De acordo com Freitas, ambos vivenciam, conforme os depoimentos abaixo, essa transição com expectativas, anseio e temores, sofrendo o impacto da mudança de papéis. (FREITAS et al, 2007)

A partir do momento que você passa a ser pai você fica em segundo plano, então você tem que estar muito bem para fazer bem para o meu filho. Eu vejo diferente, então eu me preocupo muito mais comigo hoje, para poder dar atenção para ele, eu acho muito legal. (P1)

Você foca 24 horas num único ser, eu acho que é muito gratificante, pode dizer assim, no modo grosso, eu acho que é isso. Gratificação, o ato de ser pai é gratificante. (P4)

Este período de transição faz o pai refletir sobre sua vida. Ele modifica algumas ações e tenta ser melhor para alguém que nem conhece direito (filho), alguém que veio para modificar sua rotina, sua forma de viver; um ser pequenino, indefeso, que depende muito desse pai em formação (homem - filho, agora pai).

Freitas et al (2007), em seu estudo Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero, fala do medo e da responsabilidade que o bebê, ainda no ventre materno, provoca.

Segundo ele, as alterações no comportamento do futuro pai podem conduzi-lo a fase conflituosa. À luz destas categorias identificamos depoimentos de alguns pais que falam de uma fase de mudanças radicais nas suas vidas, ainda durante a gravidez. Reproduzimos aqui estas declarações:

O que mudou foi quando eu fiquei sabendo da gestação, pra mim foi um grande susto, pega a gente de surpresa. (P4)

Eu já tenho um filho, agora veio ela que foi uma coisa inesperada, não tinha nada programado, veio assim, por descuido mesmo, que a gente nem esperava também [...] (P8)

O nascimento do filho representa o auge de um processo que se inicia na gravidez. É nesse momento que o filho sai do imaginário e passa a ser representado como vida concreta. Sabemos que toda e qualquer gravidez traz em seu bojo a semente do sucesso e do fracasso – conceitos esses definidos diferentemente nas diversas épocas e culturas. É, portanto, intrínseca ao processo gestacional a noção de risco. Mesmo numa gestação que transcorre naturalmente, sem problemas aparentes, podem ocorrer situações imprevistas que comprometem o resultado do processo, a saúde materna ou a viabilidade fetal. (QUAYLE, 1997). O depoimento abaixo ilustra bem as incertezas que podem envolver a gestação:

Foi uma novidade, porquê? Fizemos um planejamento para ter um filho, preparamos tudo, todos os detalhes, lemos, estudamos, nos informamos, tudo que parecia de novidade a gente tava sempre lendo, então tava tudo dentro do planejado. Quando o médico que fez o ultra-som, pediu para conversar com o nosso médico [...] e ele pegou e falou: Olha vai ter que interromper o parto, porque a placenta da sua esposa não tá mais nutrindo o bebê, e é melhor para ele ficar fora do que dentro, porque já tá com 35 semanas para 36. (P1)

O parto prematuro, ou comprometido por alguma intercorrência, ou seja, algum acontecimento inesperado que leve a internação numa UTIN, pode provocar alterações na dinâmica familiar e nos relacionamentos pessoais. De acordo com Alves (2006), projetos, expectativas e sonhos se desfazem e os pais passam a vivenciar uma fase crítica, permeada de intensas dúvidas e incertezas.

Com a notícia de um nascimento antecipado, a vida, automaticamente, se modifica. Os pais, durante a gestação, fazem projetos voltados para o nascimento de um bebê saudável, se preparam, estudam, montam toda uma infra-estrutura para receber esta pequena criatura. Mas às vezes se vêem inesperadamente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esta vivência faz com que o núcleo familiar - pais e seus familiares - tenham a vida transformada.

Está sendo muito corrido [...] a gente precisa trabalhar, tanto eu quanto a mãe dela, aconteceu uma coisa que não era esperada, a gente tava programando tudo, o nascimento dela era pra julho, e veio essa intercorrência aí, nasceu de 7 meses, realmente a gente não estava esperando. (P9)

Essa internação pode provocar a frustração de muitos desejos e fantasias e, sobretudo, privar a mulher da possibilidade do exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, já que esse bebê vai necessitar de outros cuidados que garantam a sua sobrevivência. Klaus e Kennel pintaram em cores vivas a profunda contradição enfrentada pelos pais. É necessário então, segundo os autores, viver o processo de luto daquele filho perdido, para que se torne possível receber o filho real (KLAUS; KENNEL, 1993)

O luto, aliás, é visível em cada internação dentro da Unidade Neonatal. E é neste momento que o acolhimento de um profissional de saúde se faz mais necessário. Seu trabalho é amenizar este primeiro impacto do filho inesperado. Sua função é interferir no processo de transição do bebê tão sonhado para o bebê real, fazendo com que os pais passem a aceitar, conviver e cuidar do filho com naturalidade. Contribuir para que eles encarem esta nova realidade.

Essa mudança produz uma dor intolerável, de difícil e lenta recuperação, rompendo em geral, o equilíbrio homeostático familiar. Marson (2008) também defende - e o depoimento abaixo confirma - que a confirmação de uma gestação é frequentemente correlacionada à idéia de uma nova vida, na qual são depositadas expectativas.

A gente fez o noivado, ele tava presente (filho intra-útero), ela estava grávida, e posteriormente a gente casou na igreja, ela já estava com um barrigão, ele estava presente, casando com a gente, participou da lua de mel com a gente, então foram muitos momentos importantes que ele passou conosco, então isso foi muito importante [...] foi muito importante pra gente, poderia ter sido melhor se ele não tivesse passado por isso, se a gente não tivesse passado por nada disso, [...] o que me dói muito [...] é que caraca, ele estava presente em todos os momentos importantes [...] aconteceu o que aconteceu [...] eu não to aqui pra questionar Deus nem nada, eu nem penso nisso, [...] tantos momentos importantes e foi acontecer isso logo agora (P11).

A fala do pai (P11) destaca a participação do filho em todos os momentos da vida do casal: noivado, casamento e lua de mel. Ele experimentou, ainda que no imaginário, o exercício de ser pai durante toda a gestação. De repente, no entanto, se depara com uma realidade dura, inesperada e cheia de incertezas. A análise da história de vida revelou que a sua participação foi intensa na gravidez e no momento do nascimento (sala de parto) (P11).

Uma cesariana previamente agendada, que culminou num parto de difícil extração, com RN sofrendo asfixia grave. A todo o momento este pai questiona o motivo da internação do filho na UTI Neonatal, já que tudo, aparentemente, caminhava para um nascimento saudável.

Este depoimento demonstra o rompimento do vínculo, já que tudo foi planejado pelos pais e, mesmo antes dos sinais e sintomas da gravidez, esse pai já estava gerando o seu filho. O sentimento de desejo e de amor esteve presente o tempo todo entre as duas partes para gerar um novo ser. O real, no entanto, acaba se concretizando muito diferentemente daquilo que foi idealizado. Com o filho internado na UTIN, toda a expectativa formada vai por água abaixo. Uma nova forma de aceitar e conviver com a realidade é necessária, assim como a busca de novos meios para driblar o novo e o desconhecido.

Os mitos cercam a maternidade e a paternidade, cristalizando-os e internalizando-os em relação aos binômios mãe-filho/pai-filho. Como a desvinculação do homem no processo de gerar o filho e o amor incondicional da mãe é vistas de forma dicotomizada e, muitas vezes, distantes, isso pode afetar, inclusive, a maneira de interagir com o filho doente. (SOUZA; ANGELO, 1999)

O pai participante faz toda diferença nessa interação com o filho “doente”. Isso acontece a partir do momento em que ele se depara sozinho com esta nova realidade. Automaticamente, o pai passa a ser o elo entre a mãe - internada no puerpério ou em casa de resguardo - e o filho na UTIN. Ele se dedica de corpo e alma e, portanto, não é o coadjuvante como muitos pensam.

Neste estudo, 82% dos partos das depoentes foram por via alta, fazendo com que a locomoção das mães fosse um fator limitante no cuidado com o filho internado na UTIN. Outros fatores intervenientes são a longa distância entre a residência e a UTIN e dificuldades econômicas para o transporte e alimentação. Essas circunstâncias fazem do pai a figura mais presente neste período de internação. Muitos deles visitam o filho antes e/ou após o horário do trabalho com o intuito de acompanhar o progresso do RN e passam automaticamente a ser interlocutor, levando, diariamente, todas as informações para a mãe no domicílio.

Bach (1983) destaca o mito do amor da mãe como sendo natural. Já o do pai é conquistado por meio do convívio. O autor atribui ainda ao homem o papel de autoridade e repressor. Já Silva assinala que o pai, assumindo esta condição, afasta-se dos filhos física e emocionalmente, entendendo que as relações de amor são incompatíveis com exercício do poder (SILVA, 1994).

Na verdade, é a “mãe a responsável pela boa paternidade do marido” (BADINTER, 1985), pois ela aparece como intermediária necessária entre o pai e o filho. Não depende dela,

assim, tornar o relacionamento possível, mas sim evitar que essa interação (pai/filho) não seja perturbada a ponto de distanciá-lo.

Souza; Angelo vêem transformações importantes acontecendo quando o tema é o papel do pai no processo de gestação da mulher, nascimento e cuidado. “Incorporando papéis, reproduzindo e reforçando mitos dos quais não se conhece a origem, encontramos no final do século XX este modelo de pai agonizando” (SOUZA; ANGELO, 1999, p.21).

Em meio a outras transformações da emancipação da mulher – relacionadas aos papéis mãe e trabalhadora - o homem se depara com uma nova realidade. Agora que os papéis não são mais definidos, ele precisa mudar para se inserir no dia a dia do contexto familiar. Não há mais lugar para o homem machista e controlador. Atualmente, em pleno século XXI, muitas lutas foram vencidas e o homem necessita desempenhar atividades de auxílio mútuo. Hoje, todos devem contribuir de forma significativa para promover a harmonia de suas vidas.

O homem sofre o impacto da mudança de papéis. Para muitos casos, mesmo após a chegada do filho ou da filha, o sentimento de paternidade ainda não é tão perceptível, assim como o peso da responsabilidade que esse evento pressupõe. (FREITAS et al, 2007). Os depoimentos colhidos indicam o impacto que o nascimento provoca no pai:

Com relação ao que mudou, mudou muita coisa, porque você olhando hoje nossa vida era diferente, era uma vida mais corriqueira, agora temos um filho pra cuidar, mais atenção. (P7)

No dia 11, que foi o dia que ela nasceu, acho que foi assim, foi aquele turbilhão, aquele turbilhão de informações, a gente se vê criança, a gente se vê crescendo, a gente se vê pai, aí você para pra analisar, caramba agora vou ser pai. (P4)

Assim, o homem-pai, em sua essência, questiona-se sobre seu existir e seu novo papel na sociedade. Surge, assim, a necessidade de procurar uma nova identidade. O modo como o homem vivencia a gravidez é diferente da mulher. As próprias emoções são vivenciadas de outra maneira. E é por isso que as gestantes não compreendem e até se ressentem quando seus parceiros não se manifestam com a intensidade esperada. Esse fenômeno ocorre mesmo quando a gravidez foi planejada e desejada por eles.

Eu sempre sonhei ser pai, acho que do lado dela não era tanto assim, ela não tinha tanto a vontade de ser mãe quanto eu tinha a vontade de ser pai. Sei lá, foi um sonho realizado não realizado por completo. (P11)

A gestação ainda é algo que existe no plano da fantasia. É o desejo de ter um filho que idealiza as expectativas. O homem que se projeta como pai se percebe inseguro, sem preparo.

Ele se depara com a realidade das responsabilidades que devem ser assumidas, mas não demonstra esses sentimentos, pela própria cultura. A mulher, mais sensível, expressa-se mais sobre o assunto, sem medo de parecer frágil. Verificamos que as preocupações se repetem, como nas falas do casal 7:

Foram mudanças muito significativas, porque eu trabalho, ela também, chega tarde, chega à noite, isso vai acabar. A gente pensa desde o material, o pensamento material, que são as finanças, que antigamente não pensava em muitas coisas, agora já pensa 2, 3, 4 vezes, antes de comprar alguma coisa, pensa também no futuro dele, onde ele vai estudar, o que ele vai fazer. (P7)
Mudou tudo, tudo, a nossa rotina, modo de agir a vida, a gente tava habituado a fazer uma coisa, a gente não faz mais, tudo que a gente planeja já é pensando nele (M7).

Embora o homem e a mulher contribuam igualmente para a concepção do filho, é a mulher que vai vivenciar as transformações físicas e sentir o bebê crescer dentro de seu corpo. Isto causa muita inveja e ciúme no homem. Ele não participa diretamente da díade mãe-bebê, o que pode levá-lo a sentir-se excluído da relação (FREITAS et al, 2007).

Analisando os depoimentos, observei que a figura paterna só vê a concretização da paternidade após o nascimento, quando os sentimentos mudam e ele sente emoções nunca vividas:

Eu mudei duas vezes. Falam que a gente quando é pai fica bobão e outra coisa é que a gente acha, quando a gente ama uma pessoa, que o sentimento é grande, e quando a gente é pai o amor é muito maior, muita emoção. (P2)

A participação do homem durante a gestação é primordial para mãe, principalmente no aspecto psíquico, uma vez que nesse período a mulher fica mais vulnerável. A fala aqui reproduzida ilustra bem a situação:

Ela tinha que ficar em repouso, na fase final começou a abusar mais um pouco, porque ela não tava mais agüentando, assim eu dei toda atenção, minha atenção ficou toda voltada pra ela, ela não, no final tava mais desanimada, que não ia conseguir, que ia fazer o aborto, que não queria mais ter filho, aquela coisa de mãe, eu não, eu segurando as pontas até nascer. (P8)

A literatura institucional também se debruça sobre o tema. Como facilitadora dessa aproximação, a equipe de enfermagem pode atuar estimulando o pai, fazendo dele não um acompanhante, mas um cuidador, assim como a mãe, após esse nascimento, contribuindo para um bom relacionamento familiar e para o surgimento da participação efetiva da figura paterna na UTIN (BRASIL, 2009).

Já Branco et al sublinha as responsabilidades dos profissionais. A equipe, segundo ele, precisa estar sensibilizada para a importância da presença do pai, reconhecendo o impacto benéfico do envolvimento paterno na saúde das crianças e na relação familiar. Os princípios da universalidade e da integralidade de ações do SUS se fazem presentes nesse processo de atenção à família como um todo (BRANCO et al, 2009).

Quando os profissionais valorizam a paternidade, contribuem e potencializam a parceria deste último no cuidado com toda a família. O pai deixa de ser um mero coadjuvante. Não cabe ao agente de saúde julgar o contexto social de onde esta família veio. Nossa tarefa é atuar de forma holística no cuidado prestado a este frágil bebê. Nossa atenção pode inclusive contribuir com a qualidade do cuidado que os pais vão prestar ao RN em casa após a alta hospitalar.

Passei a considerar, ainda mais, a partir deste estudo, que a figura paterna é importante durante todo o processo de gestar, mesmo sendo a mulher quem enfrenta todos os incômodos físicos. O pai é uma importante fonte de apoio. Ele contribui decisivamente com o bem-estar dela, mesmo que seja só pela presença, aceitação ou prazer de compartilhar o momento.

Para alguns homens, sentir-se pai foi um fato que só ocorreu após o nascimento, com a concretização do fato. Essas reações podem ser olhadas a partir de dois aspectos: um recria a função paterna, a partir do desejo de ser pai; o outro é reproduzido pela expectativa social, que tem respostas no próprio parto.

Enfim ser pai, na gestação, é um processo (in) consciente que se reflete no vínculo pai-filho durante toda vida. E essa relação, entendida como a permanência dele (o pai) junto à família - é percebida com mais intensidade na pesquisa aqui desenvolvida, já que, aqui no caso, trata-se de um filho internado com a mãe que, por sua vez, necessita de ajuda. Em nenhuma outra situação o vínculo do casal e o filho é tão importante.

Sub-Categoria 2 - O “ser” pai na Unidade Neonatal

Em período recente de nossa história, o homem encontrava dificuldades para separar sua individualidade das funções de pai. Ele se mantinha protegido pelo silêncio que compromete qualquer possibilidade de diálogo com a família, especialmente com os filhos. De acordo com Gomes e Resende (2004), o comportamento do pai sempre foi fundamentado na cultura patriarcal – segundo a qual cabia ao homem um lugar acima da trama doméstica constituída pela mulher e pela criança. Esta situação vem se modificando, lenta e progressivamente sob a égide de transformações mais amplas, em cujo fluxo imbrica-se, de modo indissociável para a família e sociedade.

O mesmo Resende (1997) assinala que a mudança de hábitos não acompanha o ritmo da transformação de valores. O autor sustenta que antes de assimilar o esboço de nova configuração familiar, modelado no processo que introduziu a mulher no mercado de trabalho, o homem é surpreendido pela ruptura da hierarquia doméstica e pelo constante questionamento de sua autoridade. “Tais mudanças não contribuíram para reduzir o vazio instalado na rede de relações afetivas”.

Neste estudo, das 11 mães entrevistadas, nove (9) têm atividade remunerada, e todos os pais são trabalhadores. Ao falar da experiência de ter um filho internado na UTI Neonatal, os homens, muitos deles emocionados, relataram que era necessário conciliar o horário de trabalho e a sua presença na UTI.

Eu tenho que sair do trabalho, minha mulher muita das vezes não pode vir aqui sozinha, depende de mim. (P9)

As mães, por sua vez, relatavam preocupação com o marido e a necessidade de manter o vínculo empregatício, conforme podemos ler na fala abaixo.

Falei com ele que daqui a pouco vai perder o emprego, de tanto que você foge, chega tarde quase todo dia, recebe reclamação, corre o risco de ser mandado embora. Mas fala, é meu filho, meu primeiro filho, eu não tinha, mas agora não sei viver sem ele (M1).

Durante a internação do filho na UTIN, a presença do pai nos cuidados maternos transmite segurança, é o que está explícito na fala:

Ele vai trabalhar de manhã, meio dia passa pra me pegar pra ir pro hospital, porque tem que tirar o leite, e a noite ele tá junto comigo tirando o leite, ao invés da gente tá indo ao cinema, fazendo alguma coisa, a gente procura ficar juntos nos horários pra tirar o leite. (M7)

Segundo Freitas et al (2007), “o sentir-se pai pode ser concebido e vivido como um direito e um dever”. Entenda-se por “direito” do homem a vontade de expressar seus sentimentos e participar dos cuidados sem o estigma da afirmação sexual. Esse direito, de acordo com o autor, deve ser apoiado em lei que conceda ao pai mais tempo para acompanhar seu bebê sem que isso acarrete a perda de seu emprego. Ainda segundo Freitas, o “dever” passa pela necessidade não só do filho ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade, mas pela necessidade de divisão de tarefas entre homens e mulheres.

Além disso, o papel de provedor da família surge como dever, incorporado nas relações familiares e sociais, de providenciar o sustento familiar, suprimindo suas necessidades básicas. Isso pode ser encarado como obrigação, não se permitindo falhar neste ponto.

(SOUZA; ANGELO, 1999). A fala abaixo reproduz o papel social transmitido de geração para geração:

Ainda mais hoje, fica com medo de fazer as coisas que você fazia antes, ainda mais com filho, aumenta mais a responsabilidade, tem que cuidar, dar mais atenção (P8)

A diferença da duração da licença paternidade em relação à maternidade é a demonstração concreta de que a mulher tem necessidade de estar maior tempo com o filho. A regra inclusive confirma o modelo cultural de acordo com o qual os homens são responsáveis por trazer o sustento. Não há, no entanto, valorização da presença do pai neste período. Muito embora caiba a ele trazer segurança e ajuda à mãe num momento em que ela necessita de apoio não só físico, mas psíquico.

Por outro lado, é importante mencionar a parte legal da questão. A licença paternidade, que é o direito do homem de afastar-se do trabalho, sem prejuízo em seu salário, para auxiliar a mãe de seu filho, que não precisa ser necessariamente sua esposa. Quem tem esse direito, no entanto, são os trabalhadores com empregos formalizados em lei.

A licença-paternidade vigente de cinco (5) dias foi concedida pela Constituição Federal/88, em seu artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Mais recentemente, em agosto de 2008, foi aprovado o projeto de lei do senado, nº 666 de 2007, de autoria de Patrícia Saboya, que estende essa licença para 15 dias, apresentando somente o registro da criança.

O depoimento do pai 9, no entanto, indica que esses direitos não são respeitados:

A minha dificuldade toda é que minha mulher depende de mim, e eu acho pouco tempo esses cinco dias pros pais, no caso pro pai né, porque eu acho que a licença paternidade deveria ser pelo menos quinze dias, porque no meu caso, ela nasceu no sábado, sábado e domingo não abre nada, eu já perdi o sábado e o domingo, e conta a partir do sábado, então eu fiquei com segunda, terça e quarta para resolver tudo, é cartório, o registro da garota, é levar a mulher no médico, tem que vir aqui, se fosse levar pra casa seria até melhor, mas houve esse contra tempo. (P9)

Neste relato, o pai, que demonstra insatisfação com a duração da licença paternidade, demonstrou, equivocadamente, a contagem dos dias que são de direito. Consultemos então, o que está relatado na lei:

- A forma de contagem da licença paternidade deve iniciar-se em dia útil a partir da data do nascimento da criança. Dia útil porque é uma licença remunerada, na qual o empregado poderá faltar ao trabalho sem implicações trabalhistas, conforme determina o

artigo 473, III da CLT, não existindo coerência na insistência em iniciar a licença paternidade em dia útil, na qual o empregado não teria da mesma forma prejuízo no seu salário;

- Nascimento durante as férias: quando o nascimento da criança ocorrer nos dias em que se aproxima o término das férias e a contagem dos cinco (5) dias ultrapassarem-no, deve-se conceder a licença paternidade, ou seja, o empregado deverá retornar ao trabalho após o trânsito dos cinco (5) dias da data de nascimento da criança;

- Nascimento nos dias que antecedem as férias: ocorrendo o nascimento da criança em dias que antecedem o início do gozo das férias e adentrar esse início, este deverá ser protelado para o 6o dia de trabalho subsequente.

Assim como a licença maternidade, a licença paternidade foi ampliada (Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008), de cinco dias (previsto na Constituição Federal) para 10 dias, mas somente para os servidores públicos, ou seja, este benefício não se estendia aos trabalhadores sob o regime CLT.

Este mesmo sentido tem a lei de acompanhamento do parto – Lei Federal nº 11.108/2005 – que obriga os serviços de saúde a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indicado pela parturiente. Isso não indica que será o pai do bebê, pois deve haver negociação dos pais.

Discorreremos muito sobre leis, projetos de lei e dispositivos legais – e não podemos ignorá-los – para abordar um tema como o da humanização. Porque, então, não repensar a inserção do homem num momento que é tão delicado, tanto para a mulher como para seu parceiro. Nos dois casos, afinal de contas, o que existe é um emaranhado de questionamentos culturais, sociais e econômicos que dificultam a análise de uma questão complexa. Vejamos como alguns autores vêem o tema:

Penetrar este silêncio e entender a questão do pai, tendo como eixo a identidade masculina, culturalmente determinada, tem sido tarefa de estudos, que colocam em perspectiva experiências contemporâneas de paternidade (GOMES; RESENDE, 2004).

O modelo de família, organizado com base na hierarquia, regido pela severidade de princípios é substituído por formas diferenciadas de organização, sem deixar lugar para o autoritarismo do antigo pai provedor, que exercia domínio sobre o grupo. A mulher, de modo submisso, tinha os afazeres da casa e o cuidado com os filhos, como ocupação exclusiva. (RESENDE, 2001)

Embora tais transformações repercutam na concepção de paternidade e não se trata apenas de colocar em questão determinado modelo familiar, e sim todos os referenciais de

identidade individual, ao qual cada um tende a se moldar com as suas necessidades. Não há, talvez, em qualquer família, vigência de modelos homogêneos: contingências sociais, econômicas e culturais articulam-se aos fatores individuais e emocionais, reorientando a organização da família. Redefinem-se as relações internas e externas (RESENDE, 2001).

Adotar formas alternativas de convivência familiar torna-se, cada vez mais freqüente em nossa sociedade. Criam-se espaços para a manifestação diferenciada da paternidade (HURSTEL, 1999). Confrontemos, então, a perspectiva destes autores com os depoimentos abaixo reproduzidos:

O que tem sustentado mesmo é a família, a família é o centro de tudo, eu acho que o primeiro projeto que Deus fez, primeira coisa estruturada por Deus foi a família, e sem ela a gente não consegue, a gente não consegue ir para frente, sem o apoio de um familiar, de uma família estruturada, e isso tem me sustentado bastante, que hoje ele ta na UTI, amanhã ele vai ta ai fora. (P7)

Minha família também fora de série, todo mundo vivendo em função deu tá vindo pra cá, chego em casa tenho que dá a notícia, de como ela está, se engordou, se não engordou, ih, só vai ficar mais 10 dias; gente, não é assim, vocês tão me enganando! Só em julho, eu falo só em julho, só em julho; não mais vai, Deus sabe que vai; então ta, já que vocês estão falando.(M8)

Convivendo com os pais de filhos internados na UTI Neonatal, deparei-me com sentimentos conflitantes. Entre eles a esperança de um futuro no qual a busca da recuperação do filho é o mais importante em suas vidas. Este esperar envolvia o medo e o sofrimento, sentimentos condicionados pela evolução clínica do filho. Percebi que cada piora/instabilidade faz com que os pais perdessem/renovassem a esperança pelo restabelecimento de saúde do bebê. Os depoimentos falam por si:

A única parte que foi muito triste, foi assim, o seu filho tá muito bem e de repente ele começou a respirar mal, tá com pneumonia, pêra aí! Infelizmente é assim. Aí foi um negócio meio assim, não entrava, não encaixava, ficou muito tempo para encaixar na minha cabeça. (P1)

Às vezes a gente fica triste, mas a minha filha está viva, está respirando sozinha, então enquanto ela estiver viva, tem que transmitir o que? Alegria para ela, para que ela se recupere o mais rápido possível, e fique com a gente. (P2)

Então você me pergunta assim...quais são suas esperanças? Todas, todas, todas. Se uma coisa que eu aprendi, que medicina não é exata. "Olha seu filho não tem os dois rins desenvolvidos, então vai ser assim." Não vai! Meu conforto de mãe diz que não vai. Eu não falo isso para um médico, que vai falar que eu sou maluca. E eu te digo, não vai! Não vai! Meu filho vai ficar bom! Eu já vi muita coisa acontecer. (M10)

Então tudo que for possível pra fazer ele acordar, tudo que for possível pra tirar ele dessa [...] eu acho que acordar é o principal, as sequelas a gente sabe que são possíveis, mas o que importa mesmo é ele acordar, sair desse estado que ele está. (P11)

Enfrentar situações como essas, lembra Tronchin e Tsunehiro, colocam em confronto suas emoções e sentimentos e a postura que você assume na família e na sociedade. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

O sofrimento, assim, é inevitável no momento em que pais e mães presenciam o filho ligado a uma máquina.

Apesar de a gente estar digerindo melhor essa história, eu não quero, ninguém quer, olhar para um filho numa máquina, e saber que ele vai depender disso! Cada vez que eu olho para ele, cada vez que falam: “olha cada vez que você conectar e desconectar tem perigo!” (M10)

A preocupação com o real estado de saúde do filho é visível aos olhos das enfermeiras que, no seu cotidiano, precisam confortar e dar forças ao casal.

Estas percepções vêm revestidas de impotência e provocam o sentimento de culpa. A mãe sente que não está cumprindo seu papel de protetora e defensora do filho. Surge daí o desejo de transferência: de tomar para si o momento difícil por que passa o filho, ali deitado em um berço aquecido ou numa incubadora.

Poxa! Dou tudo por ela! Se eu pudesse estar no lugar dela! Eu trocaria! É uma coisa que mais forte, é que a gente acredita muito mais em Deus.(P2)
Aí eu acho que ela não está comendo, que não está dormindo, aí eu tento transportar meu espírito para ela. É uma coisa horrível! (M2)

Além disso, o homem (pai) também tem outro foco de atenção: a preocupação com a mãe de seu filho. Esta preocupação abrange vários aspectos, pois o homem reconhece que a esposa precisa de apoio e conforto para enfrentar a internação do filho. Neste momento, o pai passa a ser responsável direto pelo atendimento das necessidades maternas.

A mãe passa noites em claro, então a gente tem que procurar acolher, porque ela é a mãe, vai ser sempre diferente pra mulher, sempre, então o homem tem que ter o ato pelo menos de tentar acolher, não vai tirar a dor, mas eu acho que o acolhimento é a melhor forma de tentar amenizar. (P4)
A minha participação tem sido mais coadjuvante, tento ao máximo trazer o conforto, dizer que tá tudo bem, tudo ok, é mais ou menos isso. (P7)

O homem percebe o sofrimento da esposa, que demonstra seus sentimentos, exteriorizando-os principalmente através do choro. Ele percebe que ela necessita do apoio e de uma figura que se identifique como uma fortaleza:

A minha esposa sofre muito. Ela fica chorando a noite toda. Por mais que a gente tenha outro filho, é difícil, a gente sabe que gosta do outro da mesma forma, mas estando os dois mais perto seria mais fácil. Então esse momento pra mim tá sendo muito difícil, tem que ajudar ela, e me ajudar ao mesmo tempo. O que eu espero o mais breve possível é levar ele pra casa. (P6)

Eu acho que minha participação tá sendo fundamental. Quando ela chora eu tenho que segurar, se for chorar tem que sair de perto, pra sustentar. (P7)

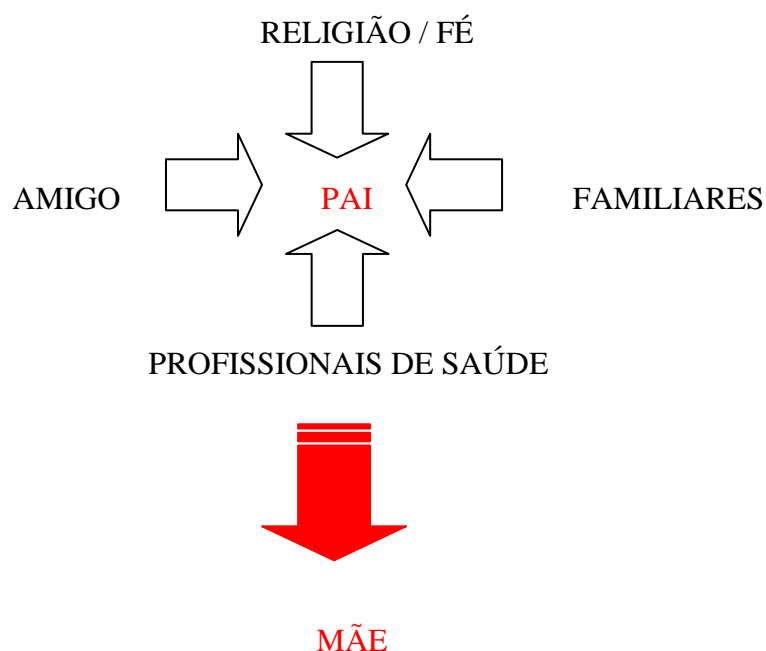
Sentindo-se protetor da esposa, neste momento em que ambos necessitam de proteção e carinho, o pai assume o papel de apoiador. Isso faz com que ele experimente a sensação de ser responsável pela mulher/esposa/mãe e seu filho.

Seguindo sua trajetória nessa experiência da paternidade na UTI Neonatal, o pai também depara com as incertezas do futuro do filho, confiando na equipe.

Tronchin e Tsunechiro refletem sobre o assunto:

O pai deve poder contar com a esposa ou outras pessoas para auxiliá-lo no cuidado com o filho e também a superar esse momento, desmistificando os aspectos culturais impostos de que cabe aos homens a virilidade e que ceder ao aprendizado e aos sentimentos aparenta um sinal de fraqueza ou perda da masculinidade. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

Desse modo, forma-se uma rede de apoio, força e conforto como forma de auxílio para que o pai possa exercer a paternidade. Como vemos no esquema a seguir, o pai busca forças com diversos apoios para transmitir segurança à mãe:



Assim como sustenta Molina, é possível verificar, nas falas do casal, a importância da família nesse momento difícil que vivenciavam. Percebe-se que o afeto, o amor e a cumplicidade de viver em família são aspectos fundamentais para o enfrentamento da situação. (MOLINA et al, 2009)

Bouso e Angelo (2001) também discorrem sobre a questão. Segundo eles, diante do sofrimento e das incertezas que a experiência impõe, estratégias são elaboradas e dirigidas não só para a preservação da estrutura familiar, mas também para manutenção de relacionamentos que permitam à família manter-se unida. “Ficar unida é uma posição que também vai assegurando à família recarregar suas forças a fim de continuar a arranjar meios com vistas a atingir seu objetivo de preservar a unidade familiar” – asseguram os autores. E os depoimentos colhidos confirmam:

Muitas pessoas precisam de apoio e não tem. Nós temos amigos, que são poucos, mas que sempre estão do lado da minha esposa, até vocês tem um carinho, então isso é que é importante. Você imagina uma pessoa sozinha... é complicado! (P2)

Nas falas verificamos também a importância da interação dos profissionais de enfermagem para o cuidado do bebê e a família durante a hospitalização:

Na minha casa eu agradeço todos os dias por vocês (equipe de enfermagem), porque vocês têm um carinho enorme pelo meu filho. É muito carinho! Vocês não têm a obrigação, vocês poderiam ser mais frias. Isso é muito, muito tranquilizante, é confortante (M10)

Estou muito honrado com o trabalho de vocês. Então eu consigo relacionar o bom tratamento que meu filho está tendo, um bom tratamento que eu estou tendo, com essa revolução que esse menino está fazendo, me dá força pra viver, força pra buscar essa força, isso pra mim é muito importante (...) Estou muito satisfeito com tudo que está acontecendo. Parece até meio sarcástico, exatamente porque é uma tristeza e uma alegria; ontem fiz o enterro do meu outro filho, não digo que não é triste, mas poderia estar sendo muito mais doloroso se eu não tivesse tendo esse outro suporte de vocês, do hospital (...) (P10)

A importância dessa atenção é destacada por Figueiredo. “Preocupar-se com a família do bebê é desenvolver uma prática social, porque a criança é parte da sociedade e voltará para

o seu habitat natural quando se restabelece. A enfermagem deve preocupar-se com estes familiares como se a situação pudesse ser dela própria ou de alguém muito próximo”. (FIGUEIREDO, 2003)

É comum nos depararmos no ambiente Intensivo Neonatal com pais com o olhar perdido. Eles parecem suplicar pela melhora do filho. Diante do risco iminente de perder seu bem tão precioso, os pais se vêem em meio ao desespero. Muitas vezes, o acalanto é feito com o apoio da equipe multiprofissional. E a equipe de enfermagem é a mais próxima do bebê.

Os pais costumam observar todos os procedimentos minuciosamente, buscando respostas para o seu questionamento. Quando a equipe de saúde responde positivamente, incentivando-o no cuidado com seu filho - trocando as fraldas ou ajudando no banho - os pais se sentem úteis porque assumem, neste momento, o que deles é esperado, social e culturalmente, no exercício da maternidade/paternidade.

Os depoimentos, por sua vez, revelaram que a equipe de enfermagem trata do seu filho com muito carinho, dedicação e profissionalismo. E estas ações, de alguma forma, os tranquiliza, ainda que eles saibam que algumas técnicas dolorosas - como punção venosa, aspiração oro-traqueal – possam vir a ser aplicadas.

Uma relação positiva e benéfica entre pais e equipe de enfermagem é muito necessária no cenário da UTIN. Ali, o cuidar não deve ser centrado apenas nas necessidades do recém-nascido. É preciso - e os depoimentos assim demonstraram - ter um olhar para as necessidades da figura do pai (homem). Esta interação recém-nascido/equipe de enfermagem/pais (mãe e pai) é uma forma direta de amenizar o sofrimento. Esse convívio se reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido internado na UTIN.

Os pais de um recém-nascido cronicamente enfermo vivenciam uma situação de incerteza. Conforme alerta Buarque et al, eles não sabem ao certo se seus filhos melhorarão de maneira significativa, se continuarão em um estado de enfermidade crônica, ou morrerão. “Dessa forma, o apoio deve abranger aspectos informativos, emocionais, de fortalecimento e de capacitação”. (BUARQUE et al, 2006)

A informação e o apoio emocional aos pais são extremamente necessários, já que, em função da hospitalização, eles se sentem deprimidos, sem respostas e sob efeito de forte tensão:

Fica aquele conflito, aquela coisa de mãe, de querer estar perto, ajudando o tempo todo, e sem saber o que é certo, o que é melhor, aí chega aquele momento que você entrega. Bom, elas estudaram para isso, então está entregue nas mãos certas. (M1)

Se não fosse vocês eu não saberia como estaria tocando a minha vida, é o que eu falo com a minha esposa, deixar um bebê aqui é muito complicado,

mas eu deixo tranqüilo, e sei que quando eu chegar em casa e ligar para cá, sei que vou ser muito bem atendido, muito bem acolhido, com muito carinho, não existe mentira. (P10)

A gente elogia o trabalho de vocês, pode ficar tranqüilo que não acontece nada de mal com eles, que vocês cuidam com muito carinho, então a gente passa esse lado também de força pras pessoas, eu acho que isso tudo é muito importante. (P11)

Conforme demonstram os relatos, os pais reconhecem o valor informativo, emocional e de fortalecimento da equipe. Os depoimentos vão ao encontro das considerações aqui citadas da obra de Buarque et al. Segundo ele, as informações honestas, repetidas e atualizadas da evolução desfavorável da condição do recém-nascido, a certeza de que o filho recebeu assistência adequada e a preocupação com o bem-estar emocional dos pais com a participação dos familiares devem ser uma constante durante toda essa fase. (BUARQUE et al, 2006)

A confiança dos pais em relação à equipe de profissionais tornou-se crescente, por meio de atitudes transmitidas pelos esclarecimentos, informações, atenção, acolhida e convívio diário (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Então esse calor, esse carinho, como meu filho é tratado, como eu sou tratado, como minha família é tratada...isso não tem valor (...) O que eu posso falar é que se eu tivesse que dar uma nota de zero à cem, eu daria cento e dez para todos vocês: as enfermeiras, os médicos, todo mundo....todo mundo tem sido muito bom, não só na parte técnica, mas na parte humana do negócio, só tenho a agradecer! (P10)

E a gente vê o carinho que a equipe toda tem não só com o nosso, mas com todos os bebês que vocês cuidam, tratam como se fossem filhos de vocês. (P2)

Todas vocês (equipe de enfermagem) são muito legais, ajudam bastante, dando dica, o que eu acho muito importante é eu ta aqui agora, segurando ele, fico todo alegre assim, de ter um contato, que a primeira vez que eu segurei ele foi agora, tocar ele, mexer com ele, ficar ali do lado dela, pra mim ta sendo muito importante. (P6)

Tronchin e Tsunehiro (2006) assinalam que a percepção a respeito da atuação da equipe mostra a importância da atitude clínica assumida pelos profissionais, ou seja, um elemento de ajuda para a presença paterna no contexto da UTI. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

Da mesma maneira, os grupos espontâneos que surgem entre as mães internadas nas unidades para acompanharem seus bebês são, sem dúvida, fator de sustentação frente às solicitações do bebê e de sua internação. Proteger a formação dessas relações e valorizá-las,

como propiciadoras de apoio entre pessoas que vivenciam a mesma situação estressante, também é uma intervenção necessária no espaço das UTIs neonatais. (BRASIL, 2009)

O caso do meu filho é gravíssimo, então as pessoas ficam preocupadas; lógico que eu não tô desmerecendo a dor de ninguém, por exemplo, no caso daquele menino, que a mãe fala que ele tá com glicose baixa, a gente vai e fala assim, a gente tenta conversar, que vai dar tudo certo, a gente procura passar esse lado também, que é muito importante também. (P11)

Eu sei que não é só a gente que sofre, que tem outras nove crianças com ela, a gente vê que o problema não é só nosso. (P2)

A necessidade de apegar-se a algo, além de si própria, para reforçar sua condição humana e, de alguma forma, reafirmar a possibilidade de enfrentar aquele momento, leva o pai a acreditar na ajuda e na competência da equipe:

Existem os equipamentos, tem treinamento, tem experiência, mas...tem a vontade de Deus. Então a gente ficou um pouco preocupado, mas temos que apegar a alguma coisa e continuarmos. (P1)

Ter um foco maior com ele, dentro da espiritualidade, e eu sou um cara muito determinado, quando eu foco numa coisa eu consigo, e sei que vai ter uma intervenção divina, pode ser daqui alguns meses, ou daqui a alguns anos, mas sei que vai acontecer, tenho fé nisso, e isso tem sido muito importante para mim. (P10)

O sofrimento aproxima o homem de Deus e da religiosidade, acreditam Souza e Ângelo. E é nessa crença que o pai procura forças, enquanto extensão divina. Enquanto criatura diante do Criador, ele se coloca na posição de entregar, em confiança, o destino de seu filho a um Ser Superior, não vendo melhor escolha do que esta para depositar seu sofrimento. (SOUZA; ÂNGELO, 1999)

Quando a gente ora, a gente pede para os enfermeiros, para os médicos, e também por ela. É muito triste, mas a gente tem que superar e acreditar que ela vai melhorar, que ela vai sair dessa. Espero em Deus que tudo dê certo, e que a gente acredita em milagres, porque não basta só rezar e orar, tem que acreditar! (P2)

Esse risco já era de esperar, mas foi assim com a fé de Deus, ela foi aonde deu pra ir. (P8)

Ontem fiz uma oração e agradei muito a Deus, e falei, “Deus eu só te peço uma coisa: muita força”, porque se eu tiver força eu vou buscar isso até o fim da minha vida, e mais uma coisa, a partir do dia dois de fevereiro...depois desse dia não deixarei nunca mais elevar meus pensamentos a Deus, isso você pode ter certeza. (P10)

Apesar de tudo que me dizem, eu tenho muita certeza, eu vejo muito assim nesse lado espiritual que hoje voltou pra mim até mais forte esse lado espiritual que Deus vai salvar ele que Jesus vai acordar. (P11)

Crer em Deus também significa ter possibilidades de grandes transformações, ou seja, o medo do desconhecido transforma-se em confiança e o sofrimento em esperança.

Por enquanto, a gente ainda tá com medo ainda, sem saber o que fazer, ficamos temerosos ainda, mas existe um Deus que tá no controle de tudo, acho que a gente não precisa se preocupar em pequenos detalhes. (P7)

Tenho muita força, aquela coisa de todo dia tá rezando, tá pedindo, aceitando também o que Deus quer, Deus que sabe de todas as coisas, apesar de ser muito chocante, mas é isso, estou aguardando um milagre, que é a cura. (M11)

Ainda de acordo com Tronchin e Tsunechiro (2006), a interpretação e a compreensão das experiências desempenham um papel determinante no entendimento da mudança do comportamento dos homens em relação à sua própria vida. Sobretudo, acrescentam os autores, naquilo que diz respeito a tornar-se responsável no exercício da paternidade (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Então é uma coisa que...é uma experiência de amor, que a gente até se aproxima mais da família, assim, com a minha esposa, minha filha. Eu já era, só que a gente vê o outro lado, e muitas coisas que estão a todo tempo do nosso lado, só que a gente não vê, não dá valor, são essas coisa que faz a gente dar valor. (P2)

É uma sensação muito diferente, muito estranha, to sendo muito sincero com você, eu nunca tive essa sensação assim, na vida. É gratificante, é muito legal, por mais que tenha sido tudo muito surpresa, tudo muito rápido, que, nove meses, mas é muito rápido, pro pai, não sei o caso da mãe. Mas foi muito.... transforma, te transforma de todas as formas, de tudo, do chopinho com os amigo, ao final de semana assistindo televisão em casa. Começo enxergando a vida de uma outra maneira, eu ainda não sei qual maneira, porque eu não tive essa base de ser pai no dia-a-dia, só sou pai, infelizmente, dentro do hospital, mas quando chegar essa hora que eu vou ter a grandeza da coisa, de como isso tá acontecendo, mas o certo é que há uma transformação, de tudo, principalmente o psicológico, que é o que mais muda, muda a pessoa em si, ela muda totalmente. (P4)

Com relação ao que mudou, mudou muita coisa, porque você, olhando hoje nossa vida, era diferente, era uma vida mais corriqueira, agora temos um filho pra cuidar, mais atenção. (P7)

Eu sempre gostei de ajudar, eu sempre tive isso, agora mais do que nunca, então essa mudança do lado espiritual, isso tudo eu acho que foi fundamental

mesmo na nossa vida. O que eu falo pra minha esposa, a gente tá cansado, mas eu sou uma pessoa, que quanto mais eu tô cansado, mais eu luto assim pra conseguir o que eu quero. (P11)

Toda forma de participação paterna, no processo, é fundamental. Incluindo-se o toque, a visita, a conversa, a comunicação, as orientações, os incentivos e a acolhida (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006). Essa evidência é confirmada pelo depoimento da mãe 1:

Ele é participativo. Ajuda a arrumar a roupinha agora, vestir, faz questão de participar do banho, e é super carinhoso, super tranquilo. (M1)

De acordo com Tronchin e Tsunehiro, não é de se admirar que o vínculo afetivo entre pais e filhos esteja comprometido, em decorrência do longo período de internação, das rotinas impostas pela instituição, pelas condições clínicas da mãe e do próprio bebê. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005)

Eu tentei sempre passar para mãe que era necessário, que é temporário, que a criança não ia ficar aqui o tempo todo, mas não surtiu efeito não, ela ficou bem chateada... foi um baque grande. (P3)

A atenção de pais cuidadores e afetivos contribui positivamente para toda a família, principalmente com relação ao desenvolvimento físico emocional, intelectual e social das crianças. Branco et al acrescenta inclusive que os pais enriquecem a vida dos filhos com formas de expressar afeto e cuidado que podem ser diferentes das expressas pela mãe. (BRANCO et al, 2009)

Eu faço tudo, porque eu sou muito família, sou um cara muito família, prezo muito a família mesmo, tanto minhas filhas como minha mulher pra mim é tudo. E a gente tá sempre junto, participando de tudo, resolvendo tudo com ela, quando não resolvo com a família também, minha família também é muito unida, meus irmãos, meus pais, então eu acho que isso tudo tá sendo muito importante pra recuperação da criança, da minha mulher (P9)

Às vezes a gente fica aqui até tarde, tão cansadão, mas a gente fica ali, mexendo com ele, falando com ele, pra ele poder sair dessa. É isso! (P11)

A saúde das mulheres também é favorecida, pois a sobrecarga feminina com os trabalhos, fora e dentro de casa, é diminuída. A dedicação amorosa aos filhos favorece ainda os próprios homens, ampliando suas vivências masculinas para além do papel de provedores. Além disso, assinala Branco, homens comprometidos com relações cuidadoras diminuem os riscos de seu envolvimento com alcoolismo e violência, contribuindo para o bem-estar da família e da sociedade. (BRANCO et al, 2009)

Então esse carinho que eu tô dando a ela, essa compreensão, o conforto, vindo trazer ela aqui, fazendo as coisas pra ela, eu acho que eu tô ajudando muito. Vindo aqui ver a minha filha, com a minha filha, ela também gosta quando eu venho aqui e faço o canguru, ela vem aqui, vê isso tudo, essa participação que eu tenho, de dentro de casa, ajudando minha filha [...] quanto a minha participação, tá sendo esse carinho que eu tô dando a minha mulher, ajudo, participo, dentro de casa mesmo (P9)

O estudo demonstrou ser importante a participação do pai durante todo processo. Depoimentos como o aqui reproduzido confirmam isso:

A participação do pai foi excelente! Um apoio! Tanto que no dia, no terceiro, segundo dia, que era a alta, que eu falei, vou falar para o médico para ficar mais um pouco, ele falou que, “ah, você não tá bem?” Porque eu tava chorando o tempo todo. “Que você fôr para casa vai se desligar um pouco, vai cuidar de outras coisas, você vai ter que arrumar o quarto do seu bebê, que não está pronto, vamos pra casa?...”(M1)

O apoio psicológico está presente nas falas e no carinho que demonstram afeto e preocupação. Esse suporte se traduz na força necessária à superação do momento crítico que vem a ser a internação de um filho na UTIN:

E pra mim a participação do pai foi primordial nesse momento, porque ele manteve a calma todo instante para poder me passar; porque quando ela nasceu ela não foi direto para UTI, ela foi para o berçário, todo mundo viu. Depois ela desceu, então, assim, para ele me dar essa notícia, ele teve um tato, todo um cuidado; ele teve comigo aqui todos os dias, ele me acompanhou, só um dia que ele não veio, mas assim ele me deu todo apoio; não tem o que falar, foi excelente. (M3)

Depois que ela nasceu ele tem estado muito mais forte que eu, muito mais, eu tenho tido surtos de desespero, aqui no hospital, em casa, na rua, porque...sabe que ela se encontra muito grave, então eu começo a me desesperar, a chorar, eu não consigo parar de chorar, e começo a pensar em tanta coisa; aí ele tem sido a única pessoa que tem motivo pra me ajudar, não que ele tem sido uma muleta pra mim, mas ele tá me ajudando, que se é pra mim entrar em parafuso não vai dar certo.(M4)

O trabalho é importante, porém os pais se esforçavam muito para estar presentes em momentos importantes para o filho e a mãe, dando toda a contribuição necessária para a recuperação dos dois:

O pai me apoiou muito, ele não me passava nervosismo em vez de me deixar mais nervosa; ele me deixava mais tranqüila, ele foi dez, não tenho o que falar; o tempo que ele podia, sempre ficava comigo, porque ele não podia ficar o tempo todo, tinha que trabalhar e a partir de um tempo eu ia ter que andar sozinha. Ele sempre me apoiou, me tranqüilizou, porque assim, já é

difícil assim, imagine como deve ser sozinha, sem ninguém do seu lado. Meu Deus do céu, sem ele não sei o que seria. (M5)

O pai tá me ajudando muito, me dando muita força, ele não pode vir todos os dias me acompanhando, porque ele trabalha, mas está muito, muito presente, tá me ajudando muito, até mesmo olhando a outra que tá em casa; a noite, que não tem ninguém, posso descansar um pouquinho, passo o dia aqui, descanso um pouquinho, mas o pai tá bem participativo, bem presente. (M9)

O sentimento de derrota e tristeza acomete a mãe, fazendo-a se sentir culpada pelo filho estar ali, passando por tanta coisa. O quadro é amenizado com a companhia do pai, dando palavras de consolo e incentivo:

O que o pai me ajuda muito, é me dar coragem, que às vezes bate uma tristeza, me dá uma angústia, e ele sempre me encorajando, que tudo vai dar certo, para esperar que Deus está no controle; eu acho que assim, o que mais ele faz pra mim, o que é mais importante pra mim, porque às vezes dá uma desanimadinha, e ele tá ali pra me ajudar. (M6)

Se não fosse o meu marido, eu acho que eu não estaria nem aqui hoje, porque assim, ele precisa tanto de força como eu, mas ele é muito mais forte, então assim, ele tá comigo o tempo todo, ele passou seis dias no hospital comigo, dia e noite, o tempo todo, ele sempre falando, vai ser rápido, a gente vai tirar o bebê daí; então, sem ele, eu não conseguiria, sem ele eu não conseguiria mesmo. (M7)

A presença marcante da figura paterna se faz presente em todas as falas. Indiscutivelmente, o homem demonstra que é imprescindível nesse processo, não somente para auxiliar, mas para refletir sobre sua vida, mudando todo o mito paterno. Emerge daí um novo pai embebido de sentimentos e participativo na vida familiar.

O pai excelente né, não tem, choro só de pensar (se emociona) em tudo que ele me ajuda, eu não consigo nem falar. (M8)

Desde quando eu engravidei não saiu um segundo do meu lado, tá sempre falando que eu sou a melhor mulher do mundo, que minha mulher é perfeita, linda. (M10)

O pai tem estado do meu lado sempre, eu fico muito feliz, que ele tem me acompanhado em todos os lugares; às vezes falta trabalho pra acompanhar exames do bebê, vai fazer um exame tal, ele procura estar aqui. Assim, logo no início, que eu tinha muito medo de perguntar muitas coisas aos médicos, medo de resposta, e ele tava do meu lado e perguntava pra mim; uma pessoa muito presente, muito companheira sabe, só tenho que dar parabéns mesmo de ter um homem desse do meu lado; porque, sinceramente, se não fosse ele do meu lado, claro que eu teria forças, mas não é a mesma coisa de ter aquela pessoa ali do seu lado; ... vai, continua, tenha fé, levanta a cabeça,

não adianta a gente ficar chorando o tempo inteiro, a gente tem que procurar ajuda. (M11)

Esses depoimentos confirmam que devemos estar dispostos a atuar despidos de preconceitos. Culturalmente erramos ao pensar que o homem tem características definidas e, por isso, não pode ser capaz de cuidar do seu filho. Ao contrário, o homem-pai é capaz e complementa a mãe em toda a formação do bebê, tendo o seu lugar enquanto cuidador.

Este estudo derruba todas as questões culturais arcaicas, mostrando que o homem desse novo milênio está disposto a mudar a partir de reflexões sobre acontecimentos do cotidiano. Não dá dúvida que hoje em dia o pai procura participar mais do convívio familiar e do cuidado dedicado aos filhos.

A prefeitura do município do Rio de Janeiro elaborou uma cartilha Unidade de Saúde Parceira do Pai. A priorização desse tema surgiu da necessidade de preencher uma lacuna ainda existente nas políticas públicas. O envolvimento do pai nas ações de cuidado é um dos recursos mais importantes na gestação, parto e nascimento, mas ainda é mal aproveitado na promoção da saúde. De acordo com Branco, os próprios serviços de saúde, muitas vezes denominados materno-infantis, contribuem para afastá-los, reforçando a concepção de que as referidas ações – de cuidado – são de responsabilidade exclusiva das mulheres. (BRANCO et al, 2009)

Em síntese, o pai atua com a mãe. E cada um deles tem sua importância na formação do filho. A perspectiva da mudança do modelo tradicional de pai que veio à tona, a partir dos depoimentos dos sujeitos do estudo, é significativa porque aponta possibilidades de transformação das relações sociais de gênero. Isso implica na revisão de atributos sociais maternos e paternos.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser pai, atualmente, significa desempenhar um papel conflitante. O homem, criado culturalmente para ser o provedor, o “chefe do lar”, se depara com as mudanças no estilo da vida moderna. Hoje em dia, sabemos, a mulher passou a ter também uma rotina parecida com a sua.

Sendo assim, o homem deve se adequar a essa nova realidade. Agora, ele divide com a mulher as decisões do cotidiano, buscando ser o novo pai que as transformações exigem. Seu vínculo afetivo é valorizado desde a gestação e isso representa, na prática, a efetiva ruptura com o modelo tradicional de pai. Depreende-se daí, portanto, que a relação familiar, mais solidária e afetiva, vem sofrendo profundas mudanças.

Nesse sentido, o novo pai surge no sentido mais amplo e essa mudança é percebida desde a gestação, com a construção de vínculos afetivos que se concretizam com o nascimento. De acordo com Freitas, essa nova relação gera reflexões nos sujeitos acerca de suas próprias concepções sobre o ser pai. “Abrem-se possibilidades de (des) construir a paternidade incorporada a partir das relações sociais”. (FREITAS et al, 2007)

Nas histórias de vida do casal (pai e mãe), as experiências que presenciamos nesta pesquisa foram compartilhadas coletivamente: entre elas conflitos de sentimentos, preocupação com o RN internado, rede de apoio como força para superar o momento, além do contínuo aprendizado de cuidar do filho e a aquisição da responsabilidade pela paternidade. Houve grande destaque do desempenho dos profissionais de saúde na assistência prestada durante a hospitalização, foi reconhecido e elogiado, tanto no que diz respeito ao conhecimento técnico quanto no aspecto humanístico.

Deduzimos daí algumas certezas. Uma delas diz respeito à comunicação. É imprescindível que o relacionamento humano seja valorizado e empregado como instrumento facilitador para o exercício da paternidade, despertando e sensibilizando, assim, a compreensão.

Isso reforça a idéia de que a enfermeira, enquanto líder de equipe deve adotar uma abordagem compreensiva. Cabe a ela desenvolver uma atitude objetiva de empatia, ou seja, mostrar-se sempre disponível para ouvir, reconhecer os sentimentos dos pais e dar-lhes o apoio que necessitam nesse momento delicado.

O modelo tradicional de assistência, que conta com a participação materna, deve ser repensado para incorporar a presença paterna. Só assim será possível não só aprender a

trabalhar com essa nova realidade, mas sistematizar procedimentos capazes de garantir seu papel no cuidado com o filho e na busca da humanização da assistência de enfermagem ao recém-nascido e ao núcleo familiar.

Considero muito oportuno refletir sobre o papel do sistema público de saúde na assistência voltada para o cuidado do casal e do filho internado numa UTI neonatal. É sua tarefa, intransferível, instituir leis, programas e ações no sentido de garantir a participação do pai neste período. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer as especificidades dos usuários e entender que ali a sobrevivência transcende a simples utilização de recursos tecnológicos na terapia intensiva.

Diante do sofrimento experimentado no período de hospitalização do RN, as mães, entrevistadas durante a pesquisa, relataram a relevância do papel exercido pelo pai. Os depoimentos confirmaram que a participação deles é primordial. O pai surge, assim, como fonte de força. Seu apoio é necessário e faz com que a mãe, apesar das dificuldades, siga em frente cuidando do filho. O discurso dos pesquisados demonstrou que a participação paterna melhora inclusive a relação familiar.

A realização desta pesquisa promoveu um interessante movimento de mudanças entre os profissionais de enfermagem que estiveram presentes. A conscientização de que um processo de mudança está em curso floresceu na medida em que refletíamos sobre o assunto – a assistência intensiva neonatal – a partir de conversas informais. Essa interação mudou inclusive a visão que esta enfermeira, ali investida do papel de pesquisadora, tem do assunto.

Entendemos que as contribuições desta pesquisa são relevantes e significam um avanço na produção de conhecimento na área de enfermagem neonatal. Existem poucos estudos publicados, a nível nacional, que se relacionam com a participação do pai na internação do filho na UTI neonatal. Os resultados aqui alcançados indicam que a reflexão sobre o tema da assistência deve necessariamente ser feita à luz da humanização do cuidado. Esperamos também que as conclusões deste trabalho motivem a realização de futuras pesquisas, uma vez que a temática não foi esgotada aqui.

Considero finalmente que a jornada percorrida ao longo desta investigação - que culminou neste relatório - foi ao mesmo tempo rica, gratificante e enriquecedora. O olhar investigativo e o contato com os sujeitos – estes sim os verdadeiros protagonistas da história – renderam a esta profissional benefícios inestimáveis. Tanto os de ordem prática, já que acrescentei um capítulo a minha formação profissional, quanto, acima de tudo, os de ordem espiritual, uma vez que cresci enquanto ser humano. O cuidar nos torna mais sensíveis, humildes, interligados e abertos para as possibilidades da vida. E os bebês e seus pais, no

contexto da Unidade Intensiva, são o exemplo emblemático de que mesmo em meio às adversidades é possível realizar grandes conquistas por meio de pequenas vitórias diárias. E força e vontade de viver são os ingredientes necessários.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. A. **A amamentação de pré-termo em um Hospital Amigo da Criança – Contribuições da enfermagem a partir da História de Vida das mães**. 2006. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- ATKINSON, R. The life story interview. **Thousand oaks: Sage University Paper Series on qualitative Researchs methods**, v. 44, 1998. 97p.
- BACH, J. **O futuro da família: tendências e perspectivas**. São Paulo, Vozes, 1983.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1977.
- BAUER, M. W; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- BERTAUX, D. **Los relatos de vida : perspectiva etnosociológica**. Barcelona : Bellaterra, 2005.
- BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- BOUSSO, ANGELO. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v, 35, n. 2, p. 172-9. São Paulo, jun. 2001.
- BRANCO, V. M. C. et al. **Unidade de Saúde parceira do pai**. Guia, Rio de Janeiro: SMSDC, 2009. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/paternidade>. Acessado em 15/12/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BUARQUE, V. et al. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na Unidade Neonatal. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro: v. 82, n. 4, jul/ agost. 2006.
- CAMPOS A. C. S. et al. Transpondo a vidraça: a visão do pai na unidade de internação neonatal. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, ano 4, n.19, p. 19-23, jan./fev. 2004.
- DENZIN, N. K. Interpretando as vidas de pessoas comuns: Satre, Heidegger e Faulkner. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 29-32, 1984.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (orgs.). **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. Thousand Oaks, Califórnia (EUA): Sage Publications, 2005.

FIGUEIREDO N. M. A. de. **Ensinando a cuidar da criança**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, jan. 2007. Disponível em: [http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em 02/09/2008.

GOMES, A. J. da S.; RESENDE V. da R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.2, maio/ago. 2004. Disponível em: [http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em 02/09/2008.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês**: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir, 1989. 225p.

HANDEM, P. de C.; MATIOLI, C. P.; PEREIRA, F. G. C. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

HURSTEL, F. **As novas fronteiras da paternidade**. (E. E. C. Castro, Trad.). Campinas: Papirus, 1999.

KENNER C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2001.

KLAUS, M. H. ; KENNEL, J. H. **Pais/ bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. 360p.

LAPERUTA V. **Assistência de enfermagem centrada na família**: uma experiência internacional. *Nursing*, ano 5, n. 52, p. 12-6, set. 2002.

MAHERIE, K. **Agenor no mundo**: um estudo psicosocial da identidade. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

MARSON, A. P. "Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa..." **Rev. SBPH**. Belo Horizonte, v.11, n.1, jun. 2008.

MELLO, M. S.; LIMA, J. V. Humanização do parto em adolescentes: aspectos emocionais. **Revista Centro ciên. Saúde**, Fortaleza, v. 15, n. 2, abr/jun 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.(org) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, cap. 1, p.9-29.

MOLINA, R. C. M.; FONSECA E. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON. S. S. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.43, n.3, p.630-8, 2009.

PICCINI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O. envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, n.17, p.303-17, 2004.

PINHEIRO, E. M. et al. O significado da interação das profissionais de enfermagem com o recém-nascido/ família durante a hospitalização. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, nov./dez. 2008.

POLIT, D.; HUNGLER, F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLITY, E.; SETTON M. Z.; COLOMBO S. F. **Ainda existe a cadeira do papai?** Conversando sobre o pai na atualidade. São Paulo: Vetor, 2004.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M. QUAYLE, J. Eds. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu.

RESENDE, V. R. (1997). A paternidade e o resgate da experiência humana do homem [Resumo]. Em UNESP (Org.), **Anais do III Fórum de debates em extensão Universitária e assuntos comunitários**. (p. 46). Bauru: UNESP.

RESENDE, V. R. Avaliação da interação parental no desenvolvimento emocional [Resumo]. Em UEL (Org.), **Anais do Congresso Iberoamericano de Psicologia Clínica e da Saúde. Avanços Recentes em Psicologia Clínica e da Saúde** (p. 297). Londrina: UEL – APICSA, 2001.

SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência de enfermagem neonatal**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 714-9, out./dez. 2008.

SCOCHI, C. G. S. et al. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n.5, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 02/11/2007.

SILVA, L. J. da. **Encontros efetivos entre pais e bebê no espaço relacional da unidade neonatal: um estudo de caso à luz do método mãe-canguru**. 2007. 192f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L. R. da. **Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social: história de vida de mães com sífilis**. 2003. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, M.A.D. **Quem ama não adoce**. 3 ed. São Paulo, Best Seller, 1994. p. 302-6.

SHIRATORI, K. et al. Bioética e tecnociência: uma reflexão para a enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. (org.). **Tecnologias e técnicas em saúde**: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2004.

SOUZA, A. B. G.; ANGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 3, p. 255-64, set. 1999.

TRONCHIN D. M. R.; TSUNECHIRO M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n.1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 02/11/2007.

TRONCHIN D. M. R.; TSUNECHIRO M. A. experiênciade tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n.1, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 02/11/2007.

APÊNDICE 1

ROTEIROS PARA DADOS DO PRONTUÁRIO

DATA:

LOCAL:

DADOS DO RECÉM NASCIDO

NOME:

DATA DO NASCIMENTO:

BALLARD:

IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA:

APGAR:

PESO DO NASCIMENTO:

PESO ATUAL:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO:

CONDIÇÃO CLÍNICA:

HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

GESTA/ PARA:

INTERCORRÊNCIA GESTACIONAL:

DOENÇA ATUAL:

TEMPO DE INTERNAÇÃO:

HISTÓRIA SÓCIO-CULTURAL:

NOME:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

RENDA FAMILIAR:

BAIRRO RESIDENCIAL:

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
MESTRADO

Prezado(a) participante

Venho por meio desta convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: A figura paterna como elo entre mãe e filho – contribuições para a prática de enfermagem, que tem como objetivos: conhecer e discutir a participação do pai durante a internação de seu filho em uma UTIN. Estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando o método História de vida, que terá duração de 1 ano, com o término previsto para junho de 2009.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas para pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista, que será gravada em MP4 para posterior transcrição – arquivada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira, sem riscos de qualquer natureza. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem de terapia intensiva.

Entretanto, receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

 Profª Drª Leila Rangel da Silva

DEMI / EEAP / UNIRIO

Cel: 94690139

e.mail: rangel.leila@gmail.com

 Sílvia M. Barela de Souza

EEAP / UNIRIO

Cel: 98843311

e-mail: silvia.barela@hotmail.com

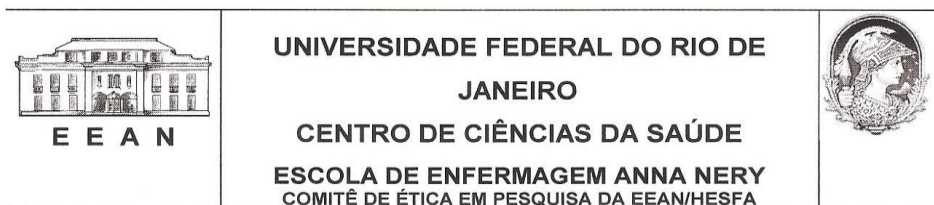
Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2009.

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 punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa; _____

ANEXO 1



Protocolo nº 109/08

**Título do Projeto: A FIGURA PATERNA COMO ELO ENTRE MÃE E FILHO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Pesquisadora Responsável: SILVIA MOREIRA BARELA DE SOUZA

Instituição onde a pesquisa será realizada: UNIRIO

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 04/12/2008

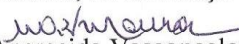
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada em 25 de Março de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório final da pesquisa após o término da mesma, de preferência em CD devidamente identificado.

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2009


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA