

SENTIMENTOS PATERNOS RELACIONADOS À HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL***THE PATERNAL FEELINGS RELATED TO THE HOSPITALIZATION OF THE CHILD IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT******LOS SENTIMIENTOS PATERNOS RELACIONADOS A LA HOSPITALIZACIÓN DEL HIJO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL***

Larissa Rocha¹
Marisa Monticelli²
Amanda Martins³
Débora Scheidt⁴
Roberta Costa⁵
Marcia Borck⁶
Renata Angeloni Burigo⁷

RESUMO: **Objetivo:** compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada em um Hospital Universitário, entre agosto e novembro de 2011, sob aporte da Teoria do Apego. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez pais e interpretadas por apreensão, síntese, teorização e recontextualização. **Resultados:** da análise, emergiram as categorias: a) o impacto da notícia; b) a entrada na Unidade de Terapia Intensiva pela primeira vez; c) O primeiro contato direto com o filho; d) A fé como forma de enfrentamento; e) Para além do papel de provedor da família. **Considerações finais:** o exercício da paternidade pode ocorrer positivamente se o pai puder exercer sua espiritualidade e contar com o apoio da equipe e da instituição hospitalar, sentindo-se valorizado com relação ao cuidado do filho. Os ajustes necessários à vivência desse papel social vão sendo tecidos em consonância com tais suportes. **Descritores:** Relações pai-filho; Afeto; Unidades de terapia intensiva neonatal; Recém-nascido; Enfermagem neonatal.

ABSTRACT: **Objective:** to understand the paternal feelings related to the hospitalization of the child in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** qualitative research, exploratory-descriptive, held in a University Hospital between August and November 2011, under the contribution of the Attachment Theory. Interviews were conducted with ten fathers and interpreted by collection, synthesis, theorizing and recontextualizing. **Results:** from the analysis, the categories: a) The impact of news; b) The entry into the Intensive Care Unit for the first time; c) The first direct contact with the child; d) Faith as a way of coping, e) Beyond the role of family provider. **Conclusion:** The exercise of parenthood may occur positively if the parent can exercise their spirituality and have the support of the

¹Enfermeira. Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: enfa.larissa.rocha@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. GRUPESMUR. UFSC. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

³Enfermeira. GRUPESMUR. UFSC. E-mail: amandamaartins@gmail.com

⁴Enfermeira. GRUPESMUR. UFSC. E-mail: deh.scheidt@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. GRUPESMUR. Hospital Universitário (HU)/UFSC. E-mail: robertanfr@hotmail.com

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. HU/UFSC. E-mail: marcia.huufsc@yahoo.com.br

⁷Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. GRUPESMUR. Maternidade Carmela Dutra. E-mail: reburigo@yahoo.com.br

team and the hospital, feeling worthy in relation to the child's care. The adjustments to the experience of this social role are being woven in accordance with such means.

Descriptors: *Father-child relations; Affect; Intensive care units, neonatal; Infant, newborn; Neonatal nursing.*

RESUMEN: *Objetivo:* comprender los sentimientos paternos relacionados a la hospitalización del hijo en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. *Método:* investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva, realizada en un Hospital Universitario, entre agosto y noviembre de 2011, con aporte de la Teoría del Apego. Fueron realizadas entrevistas con diez padres e interpretadas por aprehensión, síntesis, teorización y recontextualización. *Resultados:* del análisis, emergieron las categorías: a) El impacto de la noticia; b) Entrada en la Unidad de Terapia Intensiva por la primera vez; c) Primer contacto directo con el hijo; d) La fe como forma de enfrentamiento; e) Además del papel de proveedor de la familia. *Consideraciones finales:* el ejercicio de la paternidad ocurre positivamente si el padre puede ejercer su espiritualidad y contar con el soporte del equipo hospitalaria, sintiéndose valorado con relación al cuidado del hijo. Los ajustes necesarios a la vivencia de este papel social, van siendo tejidos en consonancia con tales soportes.

Descriptoros: *Relaciones padre-hijo; Afecto; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Recién nacido; Enfermería neonatal.*

INTRODUÇÃO

É na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) que os Recém-Nascidos (RNs) prematuros, de baixo peso ou em condições críticas de saúde recebem cuidados profissionais especializados, que visam manter a estabilidade necessária para a manutenção da vida. No cenário nacional, em vista do elevado número de cesáreas, as chances de necessidade de internação do RN em UTIN estão cada vez maiores, já que ficam em 21,0 para cesárea eletiva e 5,2 para cesárea em trabalho de parto, contrapondo-se a 1,0 por 1000 nascimentos no parto vaginal.¹

Com o avanço da neonatologia, novas tecnologias de ponta são incorporadas na assistência, mas, embora imprescindíveis, precisam ser usadas de modo criterioso e em parceria com uma filosofia que promova a família como unidade de cuidado, reconhecendo o RN como sujeito e possuidor de individualidades e demandas pluridimensionais.²

As políticas públicas brasileiras têm incentivado o acolhimento às famílias, com o intuito de tornar o ambiente hospitalar menos agressivo, através da flexibilidade do tempo de internação da puérpera e do RN pelo período que for necessário para a atenção a todas as suas demandas, além do direito à participação familiar, sem restrições de horários.³ Entretanto, na prática, nem sempre essas premissas são concretizadas e os familiares têm maximizados os sentimentos negativos envolvidos na experiência, com dificuldades de superá-los sem ajuda profissional.⁴⁻⁶

Quando o RN, que acabou de nascer, demanda hospitalização em uma UTIN, esta questão é exacerbada, pois, a família, além de enfrentar a perda do bebê idealizado, depara-se com a necessidade de obedecer normas e rotinas hospitalares e, quase sempre, vivencia medos e dúvidas acerca do prognóstico, assim como resistência em aceitar que o filho precise ficar sob cuidados especializados.⁷⁻⁸ Esse contexto pode levar ao afastamento ao invés da proximidade desejada e requerida.⁴ Em contraposição, se a família for sensibilizada quando incluída no ambiente hospitalar, poderá propiciar ao bebê sentimentos fraternos e de inclusão familiar. Isso terá repercussões não apenas para o pleno exercício da parentalidade como, também, abre-se à participação da família extensa.

Ao se colocar em foco a participação específica do homem-pai e da mulher-mãe constata-se, no cotidiano da assistência neonatal, que embora o pai e a mãe sejam considerados personagens centrais da família, nas questões relacionadas ao vínculo e ao apego, ainda é à mãe que é dado mais espaço. Aliás, essa problemática também tem sido observada nas publicações científicas, nos princípios filosóficos e operacionais que embasam as políticas públicas da área e nas teorias relacionadas ao vínculo e ao apego entre pais e bebês, ainda que seja descrito que o homem-pai pode substituir a mãe.⁹ Tais estudos estão, ainda, focados na díade mãe/bebê e percebem o pai como um colaborador; o porto seguro da mãe.³⁻⁶

Estudiosos tentam justificar, afirmando que o processo de vinculação da mãe com o filho começa ainda dentro do ventre e antes mesmo dos movimentos fetais, através do retrato mentalizado do mesmo. O apego seria construído a partir do processo de ligação natural entre os dois.⁹⁻¹⁰ Por outro lado, o pai exerce a sua função e cria esse vínculo aos poucos, a partir da interação feita com o filho no decorrer do cuidado prestado, de acordo com o “nível hierárquico”^{9:37} da relação pais/filhos. Nesse ideário, quase exclusivamente feminino, frisa-se aqui a tendência da equipe de saúde neonatal em mostrar-se mais atenta em relação ao cuidado materno, restringindo ao homem um papel coadjuvante.¹¹

Partindo desse cenário contextual, o objetivo desta investigação foi o de compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, por permitir melhor compreensão das relações humanas e ser ferramenta útil para empreender estudos pouco explorados.¹² Foi realizada entre agosto e novembro de 2011, na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), com dez homens-pais, utilizando-se o princípio da saturação teórica.¹³ Os critérios de inclusão abrangeram: autodenominar-se como pai do RN e ter mais de 18 anos e, como critério de exclusão, foram consideradas limitações físicas ou mentais que dificultassem a expressão verbal.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas focalizadas, seguindo roteiro prévio, com questões acerca dos sentimentos do pai a respeito da internação do filho na UTIN. A aproximação com cada sujeito deu-se de forma gradual, por intermédio da companheira ou dos profissionais da Unidade. As entrevistas ocorreram em sala anexa à UTIN, foram gravadas e, após, transcritas e analisadas, seguindo-se as etapas: a) apreensão (identificação de palavras-chave); b) síntese (delineamento de códigos e categorias); c) teorização (interpretação das categorias segundo o referencial teórico); e d) recontextualização (articulação dos resultados com a literatura, procurando-se convergências e divergências que auxiliassem na superação dos questionamentos da pesquisa).¹⁴

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os sujeitos e a pesquisa desenvolveu-se em conformidade com os padrões éticos exigidos pela Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC em 03 de outubro de 2011, sob parecer n° 2159/2011. Na apresentação e discussão dos resultados, os homens-pais serão identificados pela sequência das entrevistas realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos entrevistados variou entre 21 e 35 anos, sendo que quatro deles eram maridos das mães dos bebês e, seis, companheiros (uniões estáveis). Destes, sete estavam tendo o primeiro filho, dois o segundo filho e um tendo o quinto e o sexto filhos

(gemelares). Houve predomínio do segundo grau completo e a maioria procedia do interior do Estado de Santa Catarina. O intervalo de tempo do dia da internação do bebê na UTIN até o dia da entrevista variou entre o segundo dia e o sétimo mês.

A análise das respostas deu origem a cinco categorias, que serão discutidas a seguir.

O impacto da notícia

Quase todos os pais receberam a notícia da necessidade de hospitalização do bebê de forma inesperada, o que desencadeou reação de choque e sofrimento. Em geral, a notícia foi dada pelo obstetra, na hora do parto.

O médico veio falar conosco e explicou certinho qual era o motivo, o que ia acontecer com ele. (Pai 3)

Depois que ela [a esposa] teve a criança, eu tinha medo. Fiquei ali perto olhando, chorando, chorando. Eu achei que ela não ia sobreviver, com toda sinceridade. Depois fui informado que ela seria conduzida aqui pra UTI. (Pai 6)

Para os pais que já sabiam com antecedência que o bebê precisaria de internação, a notícia teve menor impacto e foi acolhida de forma menos traumática.

Ah, a gente já sabia antes mesmo de nascer que ele teria que vir pra UTI [...] o diagnóstico tinha sido dado e a gente sabia que teria que tratar aquilo [...]. (Pai 10)

Independente de estarem ou não preparados para a notícia, esses pais buscaram apegar-se em motivos e justificativas para aceitarem a internação do filho, que nem sempre eram compatíveis com as explicações dos profissionais. Este comportamento parece traduzir-se como um tipo de retardo para o início do processo de luto⁶ que esses homens, invariavelmente, teriam que enfrentar.

A gente acha que foi porque ela [a esposa] pegava muito a menina [filha] no colo. A menina já é pesada, daí acho que pode ter sido aquele esforço de pegar ela no colo. (Pai 4)

Alguns pais expressaram seus reais receios e limitações, manifestando que sentiram uma dor imensurável por não correr tudo como planejavam. Inclusive, verbalizaram preocupações iniciais em razão de o bebê ter que permanecer em uma UTI, uma vez que a representação que possuíam é que aquele era um lugar para quem não tivesse mais esperanças de vida. Segundo pesquisas recentes, esses significados ainda estão presentes para as famílias, cujos RNs necessitam permanecer sob cuidados complexos da equipe profissional.⁵⁻⁶ No entanto, também buscaram ultrapassar essas sensações desesperadoras, com sentimentos de esperança.

Na verdade é inexplicável cara! Uma sensação de impotência. Tu estás vendo ali e não pode fazer nada, só chorar [...] Nossa, quando a gente ouve falar em UTI já fica preocupado, é ali onde estás nas últimas [...]. Mas vai melhorar. (Pai 6)

Esse turbilhão de sensações que assola os homens-pais, muitas vezes paradoxais e contraditórias, converge, no entanto, para a expressão de incompletude, pois sentem que algo de si se foi com a perda da expectativa do filho saudável.

É uma sensação de perda, de vazio, de estás faltando alguma coisa. Está faltando alguma coisa naquela parte ali. (Pai 2)

Essa sensação de incompletude foi referida por todos os pais, mas de forma ainda mais veemente, por aqueles que estavam iniciando o exercício da paternagem, pois estavam ávidos para concretizarem o desejo de ter o bebê no colo pela primeira vez. O fato de estarem em processo de transição parece ter afetado ainda mais os homens, pois este estágio de liminaridade atinge os pais, principalmente do ponto de vista emocional.¹⁵

A entrada na UTIN pela primeira vez

O ambiente da UTIN envolve o pai em um misto de sentimentos ambíguos e confusos, pois ao mesmo tempo em que a necessidade do RN permanecer hospitalizado é inexorável, em vista dos cuidados especializados, este ambiente lhe escapa da materialidade com que havia sonhado. O bebê mal veio ao mundo, nem bem se tornou seu e o pai precisa apegar-se, contudo, sem tê-lo em seus braços.

Ah, chega a dar um gelado no coração, só no olhar. (Pai 7)

[...] a gente sabe que precisa ficar ali, mas é difícil, pois queria pegar. É medo e alívio ao mesmo tempo. (Pai 1)

Na UTI neonatal pra quem nunca viu na vida, a primeira imagem foi forte, tu fica com temor. (Pai 5)

Este turbilhão de sentimentos se confunde na mente dos familiares – o contato direto com a possibilidade de morte e a esperança do tratamento com tecnologias de ponta. Os sentimentos de medo do ambiente da UTIN e certa dose de negação, imediatamente antes de presenciar o filho internado pela primeira vez, ficaram evidentes nos relatos dos pais. Diante desse sentimento de impotência, muitos alegaram dificuldades para adentrar na unidade:

[...] chegar aqui eu não queria entrar, eu não queria entrar pra ver ele, eu não sabia como entrar. (Pai 5)

[...] eu fiquei com muito medo [de entrar na UTIN]. (Pai 2)

[...] quase paralisei na porta da UTI. (Pai 6)

O esforço da enfermagem para ensinar a higienização das mãos, visando à prevenção de infecções, antes mesmo de os pais olharem o filho na incubadora, levou-os à aquisição de noções com relação à polaridade sujo-limpo, mas, por outro lado, desviou-os do foco central da entrada na UTIN, que era olhar para o filho pela primeira vez:

[...] Depois que a gente passa por aquela porta, tem noção da dimensão do problema de trazer bactérias, então, tive que ter todo

o cuidado, de tá aberto pra ouvir tudo que tem que ser feito pra manter e preservar a saúde da criança. (Pai 6)

Eu não tava muito a fim de ouvir porque eu queria ver os meninos [os gêmeos]. Eu queria ver eles, daí ela [enfermeira] ficou ali falando, falando. Eu pensei: 'deixa eu ver eles primeiro, depois a gente conversa'. Nem escutei ela, nem liguei para ela. (Pai 2)

Os estudiosos do apego descrevem que essas demonstrações de procura e preocupação fazem parte das sensações parentais de se comprometerem com os filhos, independente de suas condições clínicas ou de possibilidade de qualquer nível de reciprocidade. “A intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o bebê, que geralmente é maior na mãe, um pouco menos no pai e diminui em relação aos outros membros da família”.^{10:21} Embora, nesta pesquisa, não se tenha tido a intenção de fazer comparação entre o exercício da maternalidade e o da paternalidade, pode-se dissertar que em nenhum momento se percebeu diminuição das preocupações paternas, quando associadas às falas das mães dos pequenos bebês. O que parecia haver era um profundo empenho dos homens-pais em se aproximarem dos filhos, até mesmo para suprir a privação momentânea da mãe, logo após o parto.

Constatou-se que se sentiram receosos em entrar na UTIN pela primeira vez, pois relacionavam a permanência à dor, ao sofrimento e, em alguns casos, à morte, mas, principalmente, à incerteza sobre a evolução do quadro clínico do RN.

O primeiro contato direto com o filho na UTI

Depois que o pai enfrenta o desafio da entrada, depara-se com a responsabilidade e a vontade de ver e estar com o filho. Em geral, este homem sente a perda do filho ideal¹⁰ e o primeiro sentimento é quase sempre de decepção. Seu filho é ainda mais frágil e vulnerável do que havia imaginado, é despreparado para a vida extrauterina e, agora, sem a proteção do corpo materno. Para o pai, as imagens registradas de seu filho, às vezes extremamente pequeno, dependente de aparelhos, medicações e de cuidados especializados, trazem consigo inseguranças, temores e frustrações.

É difícil porque tu sonha com um menino todo bonitinho, formadinho, e tu vai ver é um ratinho [...]. O tamanho do pé dele era do tamanho do meu dedinho. Daí tu vê ele entubado [...] é muito pequenininho e tem muita coisinha, tu olha o tamanho do tubo entrando naquela coisinha [...]. (Pai 5)

Essa interrupção na regularidade da vida tem como a principal consequência o caos emocional para o homem-pai, por se tratar de uma quebra de expectativas felizes. O filho, antes imaginado como um bebê saudável, deu lugar a um RN dependente de tecnologia, e a um pai que não sabe se conseguirá enfrentar ou suportar a experiência. O homem nota, então, que precisa unir estas duas paralelas, às vezes tão distantes e contraditórias, e buscar harmonia entre sentimentos e vontades conflituosas: a fuga da realidade e o conforto da aproximação.^{7-10,15} Enfim, o pai toma isso como seguimento de um processo que deve ser enfrentado e aceito, reconhecendo o filho como parte de si; precisam estar, pois, lado a lado, juntos.

Foi bem legal de ver o que você é capaz de fazer. Saber que tem um pedacinho teu ali, uma parte tua ali. (Pai 3)

É a sensação de perda, de vazio [...], mas ao mesmo tempo, é uma parte tua [...]. (Pai 2)

O pai descreve sentimentos de dor e perda, porém, paradoxalmente, sente que precisa estar perto. Neste primeiro contato, ainda existe um bloqueio, visto que a gravidade do estado clínico do RN e sua dependência dos aparelhos são os principais motivos de afastamento, interferindo no contato físico com o filho e percebe-se que tem medo de perder ainda mais. Assim, como forma de defesa, a princípio, o pai pode deixar de criar laços¹⁵, para evitar sofrimento ainda maior, posteriormente, caso o bebê não sobreviva.

Ah, primeiro eu vi se ele era negão. Eu tinha muito medo de pegar. Preferi deixar no berço. Sei lá. (Pai 1)

[...] deu medo de tocar e afundar uma parte do corpinho dela [...] preferi me afastar. (Pai 6)

Neste momento, apesar dos sentimentos de luto⁹ e da reação de afastamento, percebe-se também que a barreira de dificuldades está prestes a ser transposta, pois o pai se esforça para reconhecer o filho como seu. Embora ainda não o toque, começa a refletir que a criança precisa dele e que o contato físico terá que ocorrer, mais cedo ou mais tarde. Essa reflexão permite que ele apreenda o bebê para si, reconhecendo-o definitivamente como filho. Há uma sensação de pertencimento, uma vontade de manter-se junto, independente de qual seja a situação em que o RN se encontre, mesmo que isso, de certa forma, mantenha ainda o pai envolto neste misto de sentimentos conflituosos.

Eu tinha medo de tocar. Mas eu reconheci quando eu vi o rostinho dela [...] foi maravilhoso! Aquela coisa miudinha ali na mão, vontade de apertar, de cuidar, de que nada de mal aconteça. Nunca senti isso por ninguém [...]. (Pai 6)

O comportamento do pai parece caracterizar-se como *engrossment*, no qual o homem sente-se envolto pela presença do filho, mostra-se preocupado, interessado e emocionado, “percebendo-o como indivíduo”.^{3:37} Nesse percurso, já se estabeleceu um vínculo e houve o discernimento sobre os significados e representações dos *status* de ser homem e de ser pai.^{3,5,8} O homem, agora consciente do aspecto físico e quadro clínico do RN, busca, então, um contato mais profundo com seu filho. Depois de vê-lo, reconhecê-lo como seu, de enfrentar medos e ultrapassar barreiras, de compreender suas necessidades e se aproximar, o pai busca maior intimidade, através do toque.

O primeiro colo foi pra mim. Tanto é que a mãe ficou brava comigo. [...] quando eu chego, eu falo: ‘olha filho, o pai chegou. O pai tá aqui contigo’. Me sinto muito bem, é o paraíso. Toquei no rostinho, fiz carinho na cabeça, quando eu toquei assim [mostrando apreensão do dedo], ele fechou a mão e ergueu o braço [...]. Ergui meu dedo e ele veio junto, tentando segurar. Aí começou a abrir o olhinho. (Pai 3)

Percebe-se que o pai é tomado por um sentimento de euforia ao se dar conta das potencialidades do filho. Sente o desejo de ter contato físico, “de acalantar o bebê”.^{3:37} Os sentimentos de apreensão e espanto que o tomavam dão lugar àqueles que iniciam a

concretização do papel paterno. Ao estar presente, conversando e tocando, transmite amor e aconchego ao bebê. Ao constatar que responde aos seus estímulos, aumenta a intimidade e, quando se dá conta, vê assimilado seu papel, até se perceber indispensável e insubstituível.

A fé como forma de enfrentamento

O recebimento da notícia, por vezes inesperada e sempre indesejada, acerca da condição clínica do RN vem acompanhado do medo da morte. De acordo com estudos^{2,16}, na tentativa de fugir dessa situação negativa ou de enfrentar este sentimento e criar forças para superar a experiência, os pais tendem a apegar-se à fé em um Ser ou energia superior, pois só assim vislumbram alguma forma de esperança. A espiritualidade, no caso dos homens-pais, parece estabelecer motivações para a caminhada.¹⁶ Em algumas situações os pais pareciam acreditar na experiência como uma forma de aprendizado.

Nós somos muito católicos, então, quando tu tens uma intimidade muito grande com Ele, tu vê. [...] foi uma experiência, um aprendizado muito grande, porque Deus nos mandou aqui pro hospital pra aprender. (Pai 5)

Aqueles pais que já seguiam uma religião permaneceram fiéis ou passaram a confiar ainda mais em sua fé, na tentativa de conformarem-se e obterem explicações para o que consideravam de difícil aceitação. Por outro lado, um dos homens-pais que se dizia afastado da Igreja, frente à difícil situação do nascimento, passou a buscar apoio espiritual para enfrentar tal momento. A maioria se tornou atraída por um Ser Supremo, uma energia superior ou por uma Instituição que interviria sobre o bebê a fim de melhorar sua condição de saúde, proporcionando maior conforto, confiança, força e esperança de que tudo daria certo e de que seus filhos iriam para casa saudáveis.

Para além do papel de provedor da família

O fato de ter um filho internado em uma UTIN, por si só, já faz com que os pais tenham dificuldade para que se estabeleçam os primeiros laços. No entanto, outras questões emocionais e de cunho afetivo também vêm à tona durante a internação. Nas entrevistas, os pais falaram dos relacionamentos com seus próprios pais, sendo que, para a maioria, foi uma relação turbulenta e distante, com poucas demonstrações de afeto. Referiram-se também à situação socioeconômica vivenciada na infância e sobre as repercussões de tal situação sobre seus valores e ideais. Essas experiências negativas acabam influenciando na construção dos seus papéis como pais, pois assinalam o desejo de serem diferentes do modelo que tinham em casa.

De mim o pai não gostava muito, a gente não se dava muito bem. Eu tive que deixar dos meus estudos pra trabalhar, pra ajudar minha mãe. Então, vou dar tudo o que eu não tive pro meu filho, por isso que eu trabalho, tenho a minha profissão, pra poder dar tudo pro meu filho, tudo mesmo. (Pai 3)

O meu pai sempre teve uma relação muito distante, trabalhava muito. Chegava em casa só de noite e era muito reservado em tudo [...]. Essa experiência com o meu pai me fez tratar de não repetir isso com os meus filhos. (Pai 5)

O apego entre pai e filho depende inclusive das vivências que esse homem teve em sua própria infância, visto que, de acordo com os estudiosos, a vontade de ser pai tem início nesta fase.⁹⁻¹⁰ Cada um destes homens, constituindo um novo modelo, busca, então, exercer funções de um pai que julga ideal.¹⁶ O novo pai tem tendência a abandonar o papel exclusivo de provedor e assumir funções compartilhadas e complementares com a companheira-mãe.¹⁷ Isso colabora para haver harmonia na relação intrafamiliar, principalmente em situações extremas, como na internação de um filho na UTIN. Este modelo permeou os testemunhos dos homens-pais, que pareciam assumir a responsabilidade com o filho de forma desdobrada, ainda que reconhecessem a dependência do bebê em estar sob cuidados profissionais.

Dá vontade de carregar ele, levar pra casa. Ninguém quer seu filho internado. Só fico lá dentro [UTIN] porque ele ainda tá nos aparelhinhos, no oxigênio. Mas todo dia tenho que vim ver. Eu não vou abandonar, meu Deus [...]. (Pai 3)

Depois de se inserir na unidade como o responsável pelo RN, o pai busca suprir as necessidades do filho e permanece próximo para aprender a exercer funções antes tão distantes e desconhecidas, como limpar a boca, auxiliar na higienização, na alimentação ou promover posição canguru.

Eu fico mais com ele do que com a mãe dele, né? (Pai 1)

Quando ele melhorou, com dez dias ele já tava no canguru. A mãe fazia [posição canguru] de manhã e eu à tarde. (Pai 5)

Enquanto eu tava aqui no hospital eu vinha direto. De duas em duas horas eu vinha trazer o leite, pra ela [a mulher] poder descansar. (Pai 7)

Arrumei o bracinho. Botei água num algodãozinho, uma aguinha pra limpar bem certinho, que tava babando, cotonete pra já limpar o umbiguinho. (Pai 3)

Os pais se desdobram para estar inteiros frente às demandas dos filhos, que estão dependentes de tecnologia avançada, principalmente porque têm consciência de que os mesmos não podem ter a mãe por perto, já que a mesma, frequentemente, ou está recuperando-se do parto ou está emocionalmente fragilizada para acompanhar o RN de perto. O pai sente-se, então, duplamente responsável, adaptando-se às demandas do bebê e vai exercendo o papel de “mãe suficientemente boa”^{8:25}, de forma paulatina.

Nessa situação, passa a atuar como mediador entre a mãe e o bebê. Ao mesmo tempo em que responde às demandas do filho, aprende a paternar, afastando-se, pois, do papel hegemônico construído em muitas culturas, onde o cuidado ao RN, quando as genitoras não podem estar presentes, cabe às outras mulheres da família, e não aos homens.^{8,17}

Os entrevistados esclarecem que a presença do pai em ambiente hospitalar é fundamental, sob o ponto de vista concreto e simbólico, uma vez que, além de ser o apoio no acompanhamento às necessidades da mulher e do filho, permite conexões emocionais que serão benéficas na concretização dos vínculos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho numa UTIN mostrou que a circunstância clínica em que o RN se encontra pode afetar o processo de vinculação pai-filho, necessitando transpor vários obstáculos, dentre eles, o entendimento inicial de que a UTIN é um local para quem tem pouca ou nenhuma chance de sobrevivência; uma representação que necessita ser desmitificada pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, a forma com que o pai é introduzido na Unidade pelos profissionais e a possibilidade de ter livre acesso à mesma, em qualquer dia e horário, são percebidas como um lenitivo para o medo e a insegurança que rondam o evento, assim como para a dupla tarefa de paternar o filho e ser o elo entre ele e a companheira (mãe do bebê), particularmente nos dias que se seguem ao parto.

Além disso, o apego à fé ou energia Superior é, para o homem-pai, um reforço para o enfrentamento da realidade, seja logo após a notícia da necessidade de internação na UTIN, para suportar o longo processo de permanência na Unidade ou mesmo para facilitar a aceitação das perspectivas futuras, caso não haja sobrevivência ou a criança tenha sequelas que limitem seu crescimento e desenvolvimento.

A limitação mais expressiva desta pesquisa refere-se ao fato de os homens-pais entrevistados estarem vivenciando diferentes momentos no processo de formação do apego, o que, possivelmente, pode ter influenciado na expressão de seus sentimentos acerca da internação do filho na UTIN. Contudo, os achados são relevantes e avançam no conhecimento do tema, pois mostram que o exercício da paternidade pode ocorrer positivamente, se o pai contar com o apoio da equipe de saúde para exercer sua espiritualidade, para aproximar-se do filho no tempo e na condição que ele considerar adequados, além de exercer sua autonomia para aprender a cuidar do mesmo, de modo progressivo, tendo respeitada a subjetividade da vivência das etapas de luto e aceitação da nova condição de vida. Os ajustes necessários à vivência desse papel social vão sendo tecidos em consonância com tais suportes.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, aprofundando-se, principalmente, os aspectos relacionados à primeira visita do homem-pai no ambiente da UTIN.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2012 jun 8]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_1_saude_brasil_2010.pdf
2. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology* [internet]. 2011 [acesso em 2011 ago 12];35(1): 20-8. Disponível em: [http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(09\)00039-6/fulltext](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(09)00039-6/fulltext).
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Alves VH, Costa SF, Vieira BDG. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. *Ciênc Cuid Saúde*. [internet]. 2009 [acesso em 2011 Ago 28];8(2):250-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100018&script=sci_arttext.

5. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012 jan-mar;16(1):73-81.
6. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2011 set [acesso em 2012 jun 8];32(3):458-64. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300004&script=sci_arttext
7. Rosa R, Gasperi BL, Monticelli M, Martins FE, Siebert LRC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2010 [acesso em 2011 out 25];14(1):105-12. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2014.pdf.
8. Winnicott D. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1971. p. 153-62.
9. Bowlby J. Apego: apego e perda. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
10. Klaus MH, Kennel JH. Pais/bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. Cardinali F, Aires LCP, Monticelli M, Correira DS, Mendes L, Alcântara MG. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. *Rev Enferm UFSM* [internet]. 2011 [acesso em 2011 out 8];1(1):1-14. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2407/1506>.
12. Guerra, IC. Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Lisboa: Editora Principia; 2006.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostra por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2011 set 12];24(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
14. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.
15. Levandowski DC, Piccinini CA, Gomes AG, Lindenmeyer D, Lopes RS. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estud Psicol* [internet]. 2009 [acesso em 2011 nov 4];26(3):373-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>.
16. Porta LK, Terzis A. Vínculos e internação de filho em UTI neopediátrica. *Psico* [internet]. 2010 out-dez [acesso em 2012 jun 11];41(4):488-94. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5324/5957>.
17. Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Guedes RN, Lucena KDT, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2012 jun 11];43(1):85-90. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6868.

Data de recebimento: 09/05/2012

Data de aceite: 19/06/2012

Contato com autor responsável: Larissa Rocha

Endereço: Rua Bernardino Prudêncio de Amorim, 392. Jardim Janaina, Biguaçu/SC.

CEP: 88160-000

E-mail: enfa.larissa.rocha@gmail.com