

Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai

Hospital discharge of premature newborns: the father's experience
Alta hospitalaria del recién nacido prematuro: experiencia del padre

**Bruna de Souza Lima Marski^I, Natália Custodio^{II}, Flávia Corrêa Porto de Abreu^{III},
Débora Falleiros de Melo^{III}, Monika Wernet^{IV}**

^I Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil

Como citar este artigo:

Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Hospital discharge of premature newborns: the father's experience. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):202-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690203i>

Submissão:10-04-2015

Aprovação:29-09-2015

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência do pai frente à alta do filho prematuro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e apontar intervenções para a promoção dessa experiência. **Método:** pesquisa qualitativa com oito pais que adotou o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a pesquisa de narrativa temática como referencial metodológico. **Resultados:** a análise dos dados permitiu descrever a experiência do pai a partir de três unidades temáticas: 'limites para a paternidade', 'alta: responsabilização pelo filho' e 'rede social e apoio'. **Conclusão:** o pai sente-se inseguro para o cuidado com filho em domicílio em função de incipiências no apoio profissional e no contato com o filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Descritores: Pai; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuro; Alta do Paciente; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To describe the father's experience with his premature child discharge of the Neonatal Intensive-Care Unit and to point out interventions to promote this experience. **Method:** Qualitative research with eight fathers, adopting the Symbolic Interactionism as theoretical reference and thematic narrative research as methodological frame. **Results:** The analysis of data has allowed us to describe the experience of the father from three thematic units: "fatherhood boundaries", "high responsibility for the child" and "social network and support". **Conclusion:** The father feels insecure with the idea of taking care of his child at home because of the lack of professional support and the initial contact with the child in the Neonatal Intensive-Care Unit.

Key words: Father; Neonatal Intensive-Care Units; Premature; Patient Discharge; Neonatal Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia del padre en el alta hospitalaria del hijo prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y señalar intervenciones para promover esta experiencia. **Método:** investigación cualitativa con ocho padres, con uso del Interaccionismo Simbólico como marco teórico y una investigación narrativa temática como marco metodológico. **Resultados:** en el análisis de los datos se ha descrito la experiencia del padre partiendo de tres unidades temáticas: *límites de la paternidad; alta: responsabilidad por el niño y; la red social y de apoyo.* **Conclusión:** el padre se siente inseguro para cuidar del hijo en el domicilio debido al bajo apoyo profesional y poco contacto con el niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Palabras clave: Padre; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; Prematuro; Alta del Paciente; Enfermería Neonatal.

AUTOR CORRESPONDENTE

Bruna de Souza Lima Marski

E-mail: bmarski@gmail.com

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro (nascimento com idade gestacional menor que 36 semanas e seis dias) está entre as causas prevalentes de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Brasil⁽¹⁾. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 10ª posição em números absolutos de partos prematuros, com 279,3 mil partos por ano, correspondendo a 9,2% de nascimentos prematuros no país⁽²⁾.

Na UTIN, o pai vivencia restrições de contato e interações com o filho⁽³⁾, com potencial comprometimento nos laços afetivos entre eles⁽⁴⁾. O nascimento prematuro da criança e sua ida à UTIN são vividos como um choque, trazendo tristeza⁽⁵⁾, insegurança⁽⁶⁾, incertezas em relação à saúde do filho⁽⁷⁾ e sentimento de não ser pai de fato⁽⁶⁾. Contribui para o surgimento do exposto acima o acolhimento insuficiente das necessidades do pai⁽³⁾.

A ida da criança para casa é momento de grande alegria e alívio⁽⁸⁾, pois representa para o pai a melhora do estado clínico do filho⁽⁹⁾ e fortalece seu papel⁽¹⁰⁾. Contudo, é um período que requer adaptações, traz inseguranças e impõe tomadas de decisões acerca do cuidado com a criança⁽⁸⁾. Nesse contexto, a figura partena tende a ser pouco considerada, pois sua participação no processo gestacional e na UTIN foi limitada⁽¹⁰⁾ e o comportamento materno é de assumir o cuidado do filho como centro do seu viver⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, pelo fato da maior parte dos estudos explorarem a perspectiva materna, o presente estudo tomou como objetivo descrever a experiência do pai frente à alta do filho prematuro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, apontando intervenções para a promoção desse momento.

MÉTODO

Referencial Teórico-Metodológico: interacionismo simbólico e pesquisa de narrativas

Pesquisa qualitativa voltada ao desvelamento da experiência paterna nos momentos correlatos à alta hospitalar de seu filho nascido pré-termo da UTIN. Tal foco direcionou a seleção do Interacionismo Simbólico (IS) enquanto referencial teórico e a pesquisa de narrativas enquanto referencial metodológico.

O IS volta-se ao comportamento humano, valorizando a interação social e os significados que nela emergem⁽¹²⁾. Entende a pessoa como ativa na sua experiência e afirma serem as ações sociais desdobramentos interacionais⁽¹²⁾. Pode-se inferir que a experiência paterna diante da alta do filho da UTIN abarca, dentre outros, significados como os relativos ao papel de pai, à criança pré-termo, à alta da UTIN e a si mesmo enquanto pessoa. Tais significados determinam tomadas de decisões e ações diante de seu filho quando em domicílio.

Com vistas à compreensão dessa história vivida, a pesquisa de narrativa revelou-se interessante por conceber que o narrador seleciona eventos e fatos centrais para a reconstrução da história⁽¹³⁾. Ou seja, seleciona os componentes significativos na estruturação de sua narrativa com vistas à melhor retratação e tradução de sua experiência⁽¹³⁾.

Local de pesquisa e sujeitos

A pesquisa foi desenvolvida em um município do interior paulista, com cerca de 238 mil habitantes, residentes predominantemente em área urbana⁽¹⁴⁾. Em 2010, apresentou índice de desenvolvimento humano municipal de 0,805 e taxa de nascidos vivos de 2.831⁽¹⁴⁾. O município possui três UTIN's, contudo, apenas uma é referendada ao serviço especializado de seguimento do prematuro, local onde os sujeitos dessa pesquisa foram contatados.

Tal UTIN é referência na micro região (o que inclui nove municípios periféricos) e está localizada em um hospital filantrópico, com capacidade para 10 leitos. A instituição focalizada não adota as recomendações nacionais de humanização no cuidado do prematuro. Para as mães, é permitido o acesso ao espaço da UTIN durante todo o período diurno, enquanto para os pais e demais familiares apenas a visitação com duração de meia hora, em horário fixo, no período da tarde e da noite.

A equipe de profissionais desse local é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Quanto à relação da equipe de enfermagem por leito, tem-se um enfermeiro para cada 10 leitos e uma técnica de enfermagem para cada 3 leitos.

Participaram da pesquisa oito pais (homens) de crianças egressas dessa UTIN que haviam utilizado a unidade em função da prematuridade. Todas estavam em acompanhamento junto ao serviço especializado do município mencionado, serviço que intermediou a localização dos pais e a apresentação do estudo aos mesmos. O critério de inclusão adotados foi: ter a criança ao nascimento idade gestacional entre 24 a 34 semanas, não sendo portadora de nenhuma morbidade congênita e/ou genética. O critério de exclusão foi: o pai não ter o comprometimento que viabilizasse narrativas compreensíveis.

Coleta de dados

O material empírico foi obtido por meio de entrevista semi-estruturada disparada pela questão: 'Como foi para você receber a notícia de que (nome da criança prematura) teria alta da UTIN?'. Após as colocações iniciais, outras perguntas complementaram a exploração do fenômeno: 'O que você pensou na hora?', 'Vieram em seus pensamentos preocupações?', 'Quais?', 'Como participou da preparação de alta do(a) (nome da criança prematura)?', 'O que você pensava sobre o cuidado do seu filho(a) em casa?', 'E como está sendo isto hoje?'. O intuito de uso dessas perguntas foi de compreender em profundidade a experiência do pai frente à alta do prematuro da UTIN, tendo em vista a exploração de aspectos como: conceitos, crenças e estratégias utilizados pelo pai; vínculos, parcerias e recursos de apoio; dificuldades, vazios, entre outros elementos que constituem a sua experiência.

Todos os pais foram entrevistados no domicílio em uma única vez. A coleta de dados só se iniciou após a aprovação da pesquisa junto a um Comitê de Ética do interior.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os trechos de fala utilizados estão identificados pela letra 'P' (pai), seguida de número arábico tradutor da ordem de entrada no estudo. Por exemplo, P2 é sigla utilizada para o segundo pai entrevistado no estudo.

Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise preconizada pelo método da pesquisa de narrativa, na perspectiva holística, com ênfase no conteúdo. Os procedimentos analíticos consistem em: (1) leituras reiterativas dos textos derivados das entrevistas para apreensão do fenômeno e identificação do foco da história; (2) novas leituras reiterativas e reflexivas para seleção de termos e trechos que permitam extrair conteúdos estruturantes à reconstrução da história; (3) análise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior com vistas à reconstrução de uma narrativa a partir de temas⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Os oito pais (homens) entrevistados tinham um relacionamento conjugal estável, residiam com as mães de seus filhos nascidos prematuros, tinham idade entre 18 e 42 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois pais possuíam ensino fundamental incompleto, cinco possuíam fundamental completo e um possuía superior completo. Em relação à quantidade de filhos, dois deles tinham dois filhos, outros dois quatro filhos, um deles tinha três filhos e os demais tinham somente o filho prematuro. A idade gestacional ao nascer dos recém-nascidos variou entre 29 e 34 semanas, com período de internação na UTIN entre duas a oito semanas. Sete pais visitaram periodicamente seus filhos na UTIN e apenas um deles não fez uso das oportunidades diárias de visita em função de seu trabalho.

A análise das narrativas permitiu a descrição da experiência paterna a partir de três unidades temáticas: limites para a paternidade; alta: responsabilização pelo filho; e rede social e apoio.

Unidade temática: Limites para a Paternidade

Durante a estada do filho na UTIN, os pais desejam exercer sua paternidade, sendo que sua primeira necessidade é de compreender a situação do filho. No entanto, os processos vivenciados na UTIN não promovem tal fato, especialmente pela carência de oferta de informações detalhadas e específicas à situação do filho, associado à incongruência entre elas. Frente a isso, a confiança nos profissionais da UTIN fica abalada e promove questionamentos acerca das restrições de acesso do pai à unidade. O sentimento de afastamento tanto físico quanto informacional é significado como promotor da incompreensão da situação, da insegurança e do limite para o exercício da paternidade. O contexto da UTIN é apontado como a maior dificuldade enfrentada pelos sujeitos para exercerem a paternidade.

Eu queria ter cuidado mais dele, porque eu acho que o pai também devia poder ficar. Mas eu só pude ficar muito pouco, só pude ficar dois dias, porque só ele estava internado no dia. Durante esses dois dias eles ensinaram como cuidar, mas foi muito pouco, não dá pra gente pegar prática. E cada um ensina uma coisa de um jeito. (P02)

É difícil, né? Saber que é seu e não deixarem você nem tocar. Tem que esperar a ordem ou a autorização dos outros pra pegar seu filho. [...] A UTI é barreira sim, a maior barreira para o pai. (P08)

Movidos pelo desejo de proximidade física e pelo entendimento de ser papel paterno acompanhar a evolução do filho, os pais buscaram intensificar presença junto à criança ainda na UTIN. Para tanto, utilizaram-se de negociações com a equipe, uma vez que as regras da unidade restringiam seu direito de acesso e estada junto ao filho. Nos poucos contatos com a equipe de saúde da UTIN, conseguiam perceber aqueles funcionários que eram mais permissivos à presença do pai, negociando com eles entradas diferenciadas. Nesse contexto, alguns deixaram de ir visitar o filho nos dias em que estavam presentes profissionais de saúde que demonstravam explícita restrição à sua presença.

Porque pra começar, lá (UTIN) já tem uma "portona" de vidro que eles não deixam a gente entrar. Vê pelo vidro! Aí como eu fiz amizade com umas moças (técnicas de enfermagem) que tinham lá, aí elas deixavam eu ver, sabe? Eu tentei ganhar a confiança delas, porque tudo é amizade, eu não me intrometia no serviço deles. Mas eu também não vi nada errado de pegar as nenéns. Depois que eu ganhei a confiança delas, aí pronto, eu fiquei a vontade. Eu ficava lá vendo as nenéns, né? Eu só ia nos dias que tinham essas moças. Esses dias eu não perdia por nada. Porque eu parei de ir nos outros dias que as moças (equipe de enfermagem) não deixavam. (P04)

Os pais sentiam-se impotentes diante da situação vivida pelo filho, assim como na identificação de falta de cuidado a ele. Diante de tal fato, alguns sujeitos se retiraram do cenário hospitalar por limitações para lidar com o sofrimento suscitado neles enquanto pais. Afirmando ser o afastamento promovido pelo contexto da UTIN promotor do seu distanciamento do filho. A figura paterna, por sua vez, tinha desdobramentos como medos e angústias para o cuidado com a criança em casa e reflexões sobre como exercer sua paternidade.

Algumas eram estúpidas com o bebê. Pegavam com uma mão só, eu ficava revoltado. Era difícil! A gente não podia nem pegar no colo, nem tocar, nem ter toque mais íntimo. Só depois de dois meses e meio a gente pegou ele no colo. E depois, quando a gente pegou ele no colo, foi estranho, porque ele era muito pequenininho. Dava medo. [...] enquanto ele estava na UTI era muito difícil ver ele daquele jeito, cheio de tubo, soro, picada na mão, PICC. E gente não podia ficar lá com ele, só na visita. Mas eu também não queria ver nada. É muito sofrimento isso. (P02)

Você fica longe o tempo todo daí é estranho cuidar aqui em casa. Você não tem nem ideia de como pode cuidar (pensa), ser pai (risos). (P05)

Outros fatores que limitaram a possibilidade de presença junto ao filho na UTIN foram o trabalho e a existência de outros filhos pequenos. Há a demanda de articular e negociar os horários de visitas ao(s) filho(s) com o cuidado do(s) outro(s) filho(s) e com seu emprego. Contudo, diante do (des)acolhimento na UTIN, os pais se questionavam se deviam tentar negociar de fato sua presença, pois, quando conseguiam, não eram permitidos ter contato mais íntimo e pleno com a criança.

É chato pra mim mesmo. É chato e não é, porque não depende só da minha vontade. Eu tinha que mudar meu horário de trabalho, depois pagar o horário. Mas foi muito chato, tinha vontade de ficar o tempo todo com ele. Eu só poderia ficar na porta, ir lá pra ficar na porta e ter que passar por isso que eu falei, e não poder ver seu filho, é chato. (P07)

Foi bem difícil esse mês que ele ficou lá, eu aqui com as três meninas, cuidado delas, trabalhando. Aí minha mãe veio me ajudar, minhas irmãs também. [...] Só que todo este esforço para a entradinha vaptvupt que te contei. (P06)

Unidade temática: Alta: Responsabilização pelo Filho

A alta foi significada pelos pais como oportunidade de aproximação com o filho, em especial, fisicamente. Simboliza vitória, no sentido de sobrevida da criança, reintegra a família e remete à possibilidade de exercer sua paternidade de fato. Traz sentimento de responsabilização, juntamente com desejo de garantir o melhor cuidado à criança. Determina esforços do pai de aproximação do filho, sob sentimento de alegria, tranquilidade e grande responsabilidade.

Mas quando eu recebi a notícia de que eu não veria mais ele naquela incubadora, com caninhos de soro, com sonda na boca, fiquei muito feliz. É uma coisa inexplicável, de estar perto da gente, da gente poder dar carinho, que eu imagino que seja um carinho muito maior do que o hospital possa estar dando. Eu me senti muito feliz. Assim, é como se fosse...inexplicável! A gente torce muito pra estar perto da gente. (P07)

Quando eu o trouxe pra casa eu me senti pai. Porque a responsabilidade agora era minha. Eu que tenho que cuidar, tudo eu. Agora quando ele estava lá no hospital a responsabilidade era deles, eles que faziam tudo. (P02)

Sobretudo no período gestacional, os pais explanam que idealizaram uma parentalidade afetada de alguma forma pela necessidade de UTIN do filho. Contudo, diante da alta da UTIN, redefiniram-se metas, inclusive da paternidade. Nesse sentido, sobressaiu nas narrativas a ação de colocar-se como apoio à companheira no cuidado do(s) filho(s), especialmente nas intercorrências com o filho nascido prematuro. Em função disso, um recurso ao qual recorrem para garantir tal cuidado é a contratação de um plano de saúde privado.

Durante a gestação a gente já foi se preparando pra ter um filho. Já começa antes de nascer, a gente vai pensando, vai refletindo. [...] com a UTIN muda tudo, dá um baque e depois você retoma. (P05)

Na verdade, assim que ela engravidou a gente já foi se preparando. Aí quando ele veio pra casa eu tive que me preparar na minha cabeça, pra ajudar ela. Se acontecer alguma coisa é pra ela me ligar, ou se não tiver como, peço pra alguém levar. Até mesmo, o se preparar, não é se preparar pra ter uma criança em casa, é se preparar em tudo. Já vou fazer um plano médico pra ele, pra eles (esposa e filhos), porque só tenho pra mim, vou fazer pra eles. (P07)

Em casa, ao vivenciarem a proximidade ao filho e agirem zelando pela saúde dele, os pais identificam que nunca estarão preparados, pois surgem novas demandas a cada dia. Porém, significaram a si como aquele que deve assumir a responsabilidade pela garantia da saúde e do cuidado com a criança, quando sua principal ação é de ser apoio à companheira. Em todos os relatos, a mãe assumia a centralidade do cuidado da criança nascida prematura.

Para pais deste estudo, a figura parterna é aquela que deve permanecer vigilante em relação à qualidade e eficácia das condutas dos profissionais e serviços de saúde. Na identificação de lacunas assistenciais, precisa tomar decisões com vistas a garantir a resolutividade e qualidade do cuidado em saúde. Os pais aqui focalizados entendem que a criança nascida prematura é frágil e detém particularidades. Com isso, requer um cuidado especializado e, nesse sentido, acreditam que as intercorrências são mais bem acolhidas na atenção especializada.

Poxa, estou trazendo uma criança recém-nascida pra casa, a única coisa que minha esposa pode fazer é dar mama e fazer carinho. E se acontecer alguma coisa com ele? Eu vou levar a criança pro pronto socorro aqui da vila, eu acho que não vai ter um pediatra 24 horas, vai ter um clínico geral. Então a gente se preocupa com a saúde dele, dele ser pequenininho, frágil. Eu já estava preparado, mas a gente vai descobrindo mais coisas que a gente pode se preparar, a gente corre atrás. Agora, preparado mesmo é difícil, é no dia a dia que a gente vai se preparando. (P07)

Mas eu que pedi o exame da retinopatia, porque se eu não tivesse pedido ele teria vindo pra casa e teria ficado cego. Então se não tivesse sido eu pra pedir, se eu não tivesse o conhecimento por intermédio dos amigos meus, não tinha feito e possivelmente ele estaria cego hoje. Porque o caso dele era grave essa parte do olho. Então a gente tem que ficar atento. (P03)

Com a alta da UTIN, de acordo com os relatos, os pais entendem estar recebendo a responsabilidade pelo cuidado do filho. Todos significaram a si enquanto responsáveis por zelar pela saúde do filho e tinham medo de que algo ruim acontecesse. Reforçaram sua necessidade de serem vigias e relataram questionamentos acerca de sua competência para assumir tal papel.

Nos pais de primeira vez, a percepção de serem inexperientes esteve presente, fato que ampliava a insegurança no desempenho do papel. Contudo, destacaram que na medida em que vivenciam o cuidado ao filho tal sentimento era amenizado. Para os pais que já possuíam outros filhos, o sentimento de inexperiência esteve ausente, mas não amenizou medos e ansiedades em relação às particularidades do cuidado exigidas pela criança nascida prematura.

Eu já tinha experiência, porque eu já tinha uma certa noção da minha outra filha. E eu sempre fui apegado em criança, eu pegava as crianças e ficava brincando, porque eu tenho bastante sobrinho. Então, pra mim eu acho que tanto fazia. Porque eu já tinha uma noção de cuidar, não tinha medo de cuidar. (P04)

Depois que ele veio pra casa eu fui perdendo o medo. Por que primeira vez que eu peguei foi na maternidade né? Ela precisava tomar banho e só tinha eu, né? Fazer o que? Mas também do jeito que ela colocou ele no meu braço eu fiquei. Nem me mexia, eu não aguentava de dor no braço. Mas hoje não, eu dou banho e troco. Mas a gente tem medo de não saber se está cuidando da maneira correta. De acontecer alguma coisa e a gente não perceber. (P01)

A maior ou menor tranquilidade no cuidado do filho após a alta tem correlação com as informações transmitidas sobre o filho na UTIN. Dentre elas ficam latentes em sua memória a pequenez e fragilidade da criança nascida prematura, que levam os pais a terem grande medo em tocar e carregar a criança, bem como em transmitir infecção a ela. Esse processo acontece já na UTIN e mantém-se em domicílio.

Para os pais, a alta é um alívio, mas não extrai possibilidades de involução do quadro clínico do filho. Para mais, conviver com a criança de tamanho pequeno passa a ser entendido como 'normal' ao longo do tempo após a alta.

Mas a gente via os outros bebês, o nosso era grande, com um peso bom, e falavam (os profissionais de saúde) que a gente não ia ter problema nenhum com ele, aí já transmitia mais tranquilidade. (P05)

Era muito pequenininho. A gente tinha aqueles cuidados de não deixar tomar friagem, bastante cuidado em cima dele mesmo, pra não voltar a pegar uma pneumonia, né? O cuidado foi bem grande depois que ele veio, esse pessoal com roupa de cigarro não ia pegar, chato e cuidado nessas coisas. Mas ele era "pequenininho", né? Acho que às vezes a gente fica com medo de quebrar. Muito sensível, né? Muito "pequenininho". Mas às vezes é até mais fácil, é mais o medo de acontecer isso, mas fazer as coisas é "facinho". Fazendo, cuidando, dando o banho, eu fui perdendo o medo de dar banho, trocando fralda. (P03)

As possibilidades de envolver-se com o filho, dar carinho e prestar cuidado aumentam. Nesse sentido, predominou a atitude de tomar para si o atendimento das necessidades do filho. Sobressai, entre as necessidades entendidas como primordiais, evitar aspectos que promovam a reospitalização da criança, quando uma das maiores preocupações é a exposição a infecções, fato ensinado nos tempos de UTIN e reforçado no seguimento da criança. Desse modo, dentre as ações destacam-se a restrição do contato da criança com outras pessoas além dos pais, não exposição dela à friagem, não deixá-la ter contato com o chão, adoção de rigorosos hábitos de higiene do corpo paterno e materno antes do contato direto com a criança. Com o tempo, tendem a abandonar tais hábitos, pois transformam a percepção do filho de forma a enxergá-lo como uma criança que cresceu e, assim, se fortaleceu.

Assim, a preocupação era mais em relação ao pessoal que viria visitar, né? Não ficar pegando com a mão suja. Assim, então esses "detalhezinhos" de limpeza eu acho que a gente pegou um pouco mais. Só que depois de um tempinho a gente passou a não ligar muito, sabe? Porque isso que ia fortalecer ele... (P03)

Assim, a maior preocupação com ele era de manter as coisas em ordem, tudo higienizado pra ele não ter nenhum tipo de problema aqui em casa. Eles (profissionais) deram algumas informações, principalmente pra ela (esposa). Então a gente estava mais preocupado em seguir essa orientação pra ele não ter nenhum tipo de problema em casa e precisar ser internado de novo. (P06)

Unidade temática: Rede Social e Apoio

Para os pais deste estudo foi relevante obter informações francas e compreensíveis, com detalhamento da real situação e evolução do filho, informando-se se o mesmo estava em vias de superar o risco de morte. Isso atendia aos anseios paternos e contribuía com a ampliação de conhecimentos sobre a situação vivida, significadas como apoio, transmitindo confiança e minimizando preocupações em relação à alta e à vinda do filho para o domicílio.

Porém, prevaleceu acolhimento insuficiente, emocional e informacional. Procuraram ter no filho o recurso ao enfrentamento, em especial ao remeterem-se ao desejo e esperança de levá-lo para a casa. Animavam-se com as evidências de melhora do estado de saúde da criança.

Me apoiava bastante nos profissionais que estavam lá dentro. Nas pessoas e nos profissionais: Olha, ele está melhorando, não está sendo mais perigoso, é que ele estava cansado e o pulmão dele ainda não se desenvolveu pra ele estar respirando bacana, mas você pode ver pelo aparelho que ele estava com a respiração ofegante, mas está correndo pra tudo dar certo. Então com isso eu saía muito feliz, tranquilo, por isso, de ver a melhora dele. (P07)

Eu falei: não, mas eu vi que ele já se mexeu, você vai ver amanhã! No outro dia, já começou a se mexer. E é essa vontade, sabe? De acreditar que ele ia melhorar que me impulsionava também. Meu jeito de ser assim, né? Que não me deixava "baquiar" com nada. Sempre com esse pensamento. Da esperança de trazer ele pra casa, nisso que eu me apoiava. [...] mas a UTI em si desanimava a gente, pelo jeito que nos tratavam. (P03)

Receber ajuda com os afazeres da casa, com a esposa e com os demais filhos que permaneceram em casa, foi citado pelos pais como necessidade. A família, principalmente representada pela mãe, sogra, irmã, cunhada e filhas, foi apoio social.

O apoio entre o próprio casal mostrou-se muito presente, em especial na ausência do apoio da família extensa, buscando compartilhar emoções e sentimentos (positivos e negativos) oriundos da situação enfrentada pelo filho e por eles.

O apoio mais assim, quem mais apoiou, que ela ficou internada, né? A minha irmã que mais ia lá, via ela todos os dias, que eu não podia ir, lavava a roupa dela, pegava a roupa. Eu quando podia pegava também, eu sei fazer umas coisinhas, né? O maior apoio foi minha irmã mesmo, a que mais ia, enquanto ela estava internada e depois que as nenéns nasceram. (P04)

A mãe dela não interfere, nem o pai e eles não ajudam em nada. Então fui eu que ajudei ela (esposa) e ela que me ajudou mesmo, fomos só nós dois, até hoje. (P01)

A religião e a fé aparecem como recurso e efetivam-se enquanto apoio para alguns pais. Ao recorrerem ao aspecto espiritual, relataram alcance de tranquilidade, força e conforto emocional. Acionavam-nas sobretudo para pedir que uma força superior guiasse os profissionais de saúde em suas ações com seu(s) filho(s).

Mas a gente sempre tem fé, sempre busca conforto pra esse momento. (P05)

É, eu acho que a fé que me trouxe apoio. Fé minha e dela, eu dava força pra ela, e ela força pra mim. Sempre tem uma força superior, e a gente é católico, a gente vai na igreja, sempre pensando que os profissionais vão ser iluminados pra ir cuidando bem, pra tomar a atitude certa. (P03)

DISCUSSÃO

Frente às narrativas paternas, a presente pesquisa assinalou a carência de acolhimento aos pais de crianças nascidas prematuras hospitalizadas na UTIN, com desdobramentos ao tempo vivido em domicílio após a alta da criança. Destacou-se a insatisfação na interação com os profissionais de saúde da UTIN, com influências para o exercício de sua paternidade em termos de segurança para assunção de seu papel.

Confirmou-se que obter informações compreensíveis e honestas é direito paterno e promove conhecimento da situação vivida pelo filho, o que atende aos seus anseios⁽¹⁵⁾. Consonante com resultados de pesquisa exploradora da perspectiva paterna, a ausência de informações pertinentes ao pai a respeito do estado de saúde do filho determina, segundo estudo, sentimentos de insegurança e incerteza e tem impacto no acolhimento e interação com a equipe de saúde⁽³⁾.

Assim como para os pais do estudo acima mencionado, os pais deste estudo também têm a UTIN como um ambiente hostil e pouco acolhedor, atribuído principalmente à falta de informações sobre o funcionamento da unidade e suas normas⁽³⁾. O contexto observado pela pesquisa desencadeou sentimentos desagradáveis, como tristeza, ansiedade, angústia, medo e sensação de impotência diante da situação do filho⁽⁷⁾. O mesmo aconteceu para pais deste estudo, principalmente quando notavam e presenciavam situações de descaso e incompatibilidade com as expectativas que detinham em relação ao cuidado ofertado pelos profissionais aos seus filhos. Tais percepções contribuíram para o distanciamento do pai da UTIN em virtude de não conseguirem lidar com o vivido.

Além disso, enfermeiros e sua equipe são avaliados pela sua destreza ao realizar procedimentos e ao cumprimento de tarefas rotineiras da UTIN. Aspectos afetivos, assim como a sensibilização, o envolvimento e a solidariedade para cuidar do ser humano, são pouco exercidos na prática desse profissional e suas ações são substituídas pela rigidez, hierarquização e pelas normatizações da instituição, favorecendo a impessoalidade nas relações de cuidado e tornando o sujeito mero objeto de assistência⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, conciliar o horário estipulado pela instituição para visitar o filho, o trabalho e as demais responsabilidades

cotidianas foi apontado como importante dificuldade enfrentada diante da hospitalização da criança e do desejo paterno em permanecer com ela. Tal apontamento remete ao Cuidado Centrado na Família, filosofia de cuidado que reconhece a família como sujeito das ações em saúde. Dessa forma, passa-se a priorizar o conforto familiar, o respeito às diversidades culturais, raciais, étnicas e socioeconômicas próprias a cada família. Isso oportuniza um trabalho conjunto com a família, valorização de suas forças e individualidades, e promove apoio informacional e emocional, aspectos que devem integrar a ação de profissionais da saúde⁽¹⁷⁾.

Além disso, outros estudos apontam a necessidade de inclusão do pai na dinâmica de cuidado da UTIN⁽¹¹⁾ e de apoio da equipe de saúde a ele para promover sentimento de segurança para o cuidado de seu filho em domicílio⁽¹⁸⁾. Em consequência disso, os pais tendem a adotar tais aprendizados para extramuros da UTIN e, a partir de seu emponderamento para o cuidado, passam a cuidar do filho a seu modo. Neste estudo, palavras com conotação positiva ditas pelos profissionais de saúde foram citadas pelos pais como tranquilizadoras.

Ademais, as possibilidades de contato com o filho, como ter contato pele a pele precoce e ser autorizado a pernoitar com a criança na UTIN, são ações trazidas por outros estudos como promotoras de vínculo e segurança, além de contribuir com o desenvolvimento do papel paterno⁽⁶⁾. Do contrário, quando privados disso, os pais sentem inseguranças em relação ao cuidado da criança em domicílio, associando esse sentimento à falta de oportunidade e consentimento de sua participação e presença, tanto no processo gestacional quanto na UTIN⁽¹⁰⁾, fato confirmado neste estudo. Os resultados aqui identificados apontam que as inseguranças relativas ao cuidado do filho no domicílio são mais sentidas por aqueles que estão a viver a paternidade pela primeira vez.

Para mais, o pai possui papel de fundamental importância, assim como a figura materna⁽³⁾, na recuperação da criança nascida prematura, na manutenção do núcleo e do vínculo familiar⁽⁴⁾, sendo a pessoa que se preocupa com a esposa e com o filho hospitalizado⁽³⁾, fatos aqui confirmados. Assim, são dignos de serem acolhidos no cuidado em saúde.

Inserido e estigmatizado através de uma imagem emocionalmente estável⁽⁵⁾, o homem pertence a uma sociedade que o afasta das ações de cuidado de sua prole⁽³⁾ e atribui tal fato ao seu papel de provedor, o que o restringe das oportunidades de cuidado e aproximação com o filho⁽¹⁹⁾. Elementos relacionados com tal apontamento foram identificados neste estudo quando o pai significa-se como quem tem a responsabilidade em garantir saúde a seu filho. Desse modo, frente à consumação da alta hospitalar, contrata o serviço privado de saúde para a criança, mantendo-se vigilante à saúde de seu filho e colaborativo a sua companheira.

Os profissionais de saúde, a família e a espiritualidade foram apontados como recursos de enfrentamento, confirmando outros estudos⁽²⁰⁻²¹⁾. Nesse sentido, esses fatores foram sinalizados como promotores de resiliência, mesmo que os primeiros possam ter também tal papel, sobretudo conduzindo os pais à vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, reforça-se a necessidade de investimentos para que a atenção humanizada à criança e sua família em contexto de hospitalização na UTIN aconteça e extrapole as recomendações teóricas. Isso significa transpor a concepção de ser a criança e a mãe os principais sujeitos de cuidado, passando a conceber o pai como parte integrante dessa atenção. Ele também é afetado pelo nascimento prematuro hospitalização do filho na UTIN, além de estar processando a parentalidade.

Assim, os achados aqui obtidos permitem apontar como intervenção o reconhecimento do pai enquanto sujeito do cuidado profissional, pois receber apoio ao processo de tornar-se pai revelou-se essencial. Nesse sentido, garantir a proximidade física e informacional do filho desde os tempos de UTIN é o caminho. O alcance de estabelecimento de uma interação efetiva com os profissionais de saúde sustentada pelo diálogo é sinalizado como premente.

Além disso, cabem mediações dos profissionais de saúde na transformação da legislação trabalhista, dado o fato do trabalho ter sido apontado como um importante limite ao enfrentamento paterno do nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN.

Cabe ainda sinalizar enquanto intervenção a facilitação profissional na transposição da crença de que o cuidado com a criança cabe essencialmente à mulher. Desde conversas de planejamento reprodutiva, até o pré-natal, parto e puerpério,

os profissionais podem trazer as questões de gênero à reflexão, contribuindo para a conquista e cessão do espaço ao pai no cuidado dos filhos.

Ressalta-se que outras pesquisas devem buscar avançar nas questões aqui apontadas, em especial aquelas ligadas à rede de cuidados em saúde e ao acolhimento do pai com vistas a qualificar o apoio e empoderamento à parentalidade, repercutindo na proteção ao desenvolvimento da criança, sobretudo aquelas que fizeram uso de UTIN.

Dentre as limitações encontradas, é possível destacar o fato da pesquisa ter sido desenvolvida em um cenário específico sem incorporação das diretrizes para o cuidado humanizado em Neonatologia. Explorar e contrapor como se dá tal experiência após estada em hospitais seguidores de recomendações de humanização, com os credenciados enquanto Hospital Amigo da Criança, é outra sugestão de potencial para densificar o fenômeno aqui abordado.

Percebe-se ser necessidade urgente acolher o pai de crianças nascidas pré-termo nas práticas de saúde, sobretudo pelas transformações articuladas ao gênero na contemporaneidade, contribuindo, assim, com a efetivação dos princípios presentes nas políticas e programas nacionais voltados à saúde de crianças e famílias.

FINANCIAMENTO

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo auxílio financeiro a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Arrué AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. [Characterization of morbidity and mortality newly born in hospitalized Neonatal Intensive Care Unit]. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 02];3(1):86-92. Available from: <http://cascaavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5947> Portuguese.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portal.saude.gov.br. Cidadão: Agência Saúde. Rede Cegonha busca reduzir o índice de prematuros [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02]; Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1793-rede-cegonha-busca-reduzir-indice-de-prematuros>
3. Santos LM, Matos KKC, Santana RCB, Santos VEB, Silva CLS. [Fathers' experiences during the hospitalization of the premature newborn in the Neonatal Intensive Care Unit]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02];65(5):788-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/11.pdf> Portuguese.
4. Silva BT, Silva MRS. [Parents' needs and concerns at different stages of the life cycle]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2014 Jun 02];67(6):957-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0957.pdf> Portuguese
5. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Rahiminia E, Kochaksaraie FR. Anticipatory grief reactions in fathers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *J Caring Sci* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 02];2(1):83-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2013.010>
6. Blomqvist YT, Rubertsson EK, Jöreskog K, Nyqvist KH. Kangaroo mother care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02];68(9):1988-96. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x/epdf>
7. Fontoura FC, Fontenele FC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. [Experience of being a father of preterm infant admitted in Neonatal Intensive Care Unit]. *Rev Rene* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 02];12(3):518-25. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/257/pdf> Portuguese.
8. Sassá AH, Marcon SS. Evaluation of families of infants with very low birth weight in home care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 02];22(2):442-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a21.pdf
9. Lindberg B, Ohrling K. Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2008[cited 2014 Jun 02];22(1):79-85. Available from: <http://dx.doi.org/>

- 10.1111/j.1471-6712.2007.00563.x
10. Fonseca EL, Marcon SS. [Social net and family social support in the following of the preterm newborn and of low birth weight]. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 02];8(2):11-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a02.pdf Portuguese.
 11. Deeney K, Lohan M, Spence D, Parkes J. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02];75(6):1106-13. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612003747>
 12. Charon JM. *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 10 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2010.
 13. Castellanos MEP. The narrative in qualitative research in health. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014[cited 2014 Jun 02];19(4):1065-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades: São Paulo* [Internet]. 2010[cited 2014 Jun 02]; Available from: <http://cod.ibge.gov.br/233PR>
 15. Schimdt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. [The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception]. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02];16(1):73-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf> Portuguese.
 16. Frello AT, Carraro TE. [Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 02]; 65(3):514-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a18.pdf> Portuguese.
 17. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 02];10(4):861-65. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333/pdf>
 18. Reis MD, Rempel GR, Scott SD, Brady-Fryer A, Aerde JV. Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *JOGNN* [Internet]. 2010[cited 2014 Jun 02];39(6):675-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21039850>
 19. Piazzalunga CRC, Lamounier JA. [The current role of the father in the breastfeeding process: a qualitative approach]. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 02];21(2):133-41. Available from: <http://www.clinicaventura.com.br/arquivos/central/3256751cde19b16c0e92a9425ba1fd37.pdf> Portuguese.
 20. Couto FF, Praça NS. [Premature newborn: maternal support at home for care]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Sep 12];65(1):19-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/03.pdf> Portuguese.
 21. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. [Maternal perceptions about the birth of a premature child and care after discharge]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Sep 12];65(4):571-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04v65n4.pdf> Portuguese.