



DISCURSOS PATERNOS FRENTE AO NASCIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO PREMATURO

PATERNAL SPEECHES BEFORE PREMATURE CHILD'S BIRTH AND HOSPITALIZATION DISCURSOS PATERNALES FRENTE AL NACIMIENTO Y A LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO PREMATURO

Natalia Marciano de Araujo¹, Adriana Valongo Zani²

RESUMO

Objetivo: apreender os discursos paternos frente ao nascimento e à hospitalização do filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada realizada com 15 pais, no período de agosto a novembro de 2012. Os dados foram trabalhados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE n. 02030268093/11. **Resultados:** emergiram seis ideias centrais que foram: sentimento de sofrimento frente à internação do filho; certezas e incertezas frente ao nascimento; confiança na equipe de saúde; impotência frente à gravidade; paternidade como momento mágico e confiança em Deus. **Conclusão:** os pais passam por momentos difíceis durante a internação, apoiando-se, entretanto, na fé e na competência da equipe de saúde. **Descritores:** Paternidade; Risco; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuro.

ABSTRACT

Objective: seizing paternal speeches before birth and hospitalization of premature child's in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** a descriptive study of a qualitative approach, through semi-structured interviews conducted with 15 parents, from August to November 2012. The data were processed with the Collective Subject Discourse. The study had the project approved by the Research Ethics Committee, CAAE n. 02030268093/11. **Results:** six central ideas that emerged were: feeling of suffering before the admission of their child; certainties and uncertainties facing birth; confidence in the health team; impotence facing gravity; paternity as a magical moment and trust in God. **Conclusion:** the parents go through hard times during hospitalization, supporting up; however, in faith and competence of the health care team. **Descriptors:** Paternity; Risk; Neonatal Intensive Care Unit; Premature.

RESUMEN

Objetivo: comprender los discursos paternos frente al nacimiento y la hospitalización del niño prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Método:** es un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, a través de entrevistas semi-estructuradas a cabo con 15 padres, de agosto a noviembre de 2012. Los datos se procesaron con el Discurso del Sujeto Colectivo. El estudio tenía el proyecto aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE n. 02030268093/11. **Resultados:** seis ideas centrales que surgieron fueron: padecer de sentimiento en contra de la admisión de su hijo; certezas e incertidumbres frente al nacimiento; la confianza en el equipo de salud; impotencia frente a la gravedad; paternidad como momento mágico y confianza en Dios. **Conclusión:** los padres pasan por momentos difíciles durante la hospitalización, que soporta hasta, sin embargo, en la fe y la competencia del equipo de salud. **Descriptores:** Paternidad; Riesgo; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Prematuro.

¹Estudante, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina/UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: natty_fdj@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina/UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: adrianazani@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o cuidado do filho foi responsabilidade única e exclusiva da mulher, sendo o homem responsável pelo sustento da família. Isso porque o homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecederam, e seu modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura¹.

Em decorrência das mudanças sociais, esta divisão deixa de ser utilizada e a figura paterna passa a ter um papel fundamental atendendo às necessidades da casa, dando apoio à esposa nos cuidados com o filho, sejam esses em casa ou no âmbito hospitalar. No contexto da parturição, um estudo afirma que o companheiro, quando participa e está envolvido emocionalmente com o bem estar da mulher e do filho, pode ser muito útil no cuidado de ambos. O pai é o primeiro a acompanhar e cuidar de seu bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. É ele quem mantém os primeiros contatos com a equipe de saúde, cuida da companheira fragilizada, além de assumir outras atividades domésticas e profissionais². O suporte emocional que oferece para sua esposa contribui em sua adaptação à gestação. Sua presença no parto está associada com menor necessidade de uso de analgesia no pós-parto e com vivências mais positivas do momento do nascimento. Até mesmo o aleitamento materno é influenciado pela atitude paterna³.

A presença mais significativa da figura materna durante a internação do recém-nascido, se explica pela responsabilidade do pai trazer o sustento da casa, bem como, os horários restritos de visita na UTIN e a cobrança social. Esta divisão tem sido transgeracionalmente aceita, em que a responsabilidade de cuidado com o filho é da mãe primariamente. Nesta lógica, as atenções no atendimento do bebê, orientação e cuidados com a família ainda têm sido centralizados na figura materna e, nesse contexto, o pai se torna apenas coadjuvante do processo. Surge a necessidade de realizar um estudo que o priorize, possibilitando ao pai demonstrar seus sentimentos peculiares, tão relevantes e reais quanto os da mãe, mesmo que por vezes subestimados e esquecidos pela equipe de saúde.

Em decorrência destes sentimentos e dificuldades apontadas na literatura, e a fim de melhorar a assistência e assegurar o cumprimento da Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, que estabelece como diretriz o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido⁴, nos motivamos à realização deste estudo. Portanto, é objetivo do estudo:

- Apreender os discursos paternos frente ao nascimento e hospitalização do filho prematuro na Unidade de terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa,⁵ desenvolvido na UTIN de um hospital-escola localizado no município de Londrina/PR, credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este hospital atua na prestação de serviço de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, formação de recursos humanos, educação continuada, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, cooperação técnica e científica com a rede de serviços. Possui em sua estrutura unidades de internação médico-cirúrgicas, pediátrica, maternidade, centro-cirúrgico, pronto-socorro e UTI adulto, pediátrica e neonatal. A UTI neonatal possui sete leitos e a UTI pediátrica cinco leitos.

Este estudo é integrante do projeto de doutorado intitulado: Cuidado do recém-nascido de muito baixo peso: representações de familiares e enfermeiros.

A produção de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada⁶ aplicada aos pais no período de agosto a novembro de 2012. As questões norteadoras do estudo foram: “Como você está vivenciando a situação do nascimento do seu filho?”; “Como foi o dia do nascimento do seu filho?” “Para você o que significa recém-nascido de risco?” “Como foi saber que seu filho era um recém-nascido prematuro e considerado de risco?”.

Integraram este estudo 15 pais que tiveram seus filhos, considerados recém-nascidos de risco em decorrência do diagnóstico de prematuridade, internados na UTI Neonatal do referido hospital, no período de agosto a novembro do ano de 2012.

O eixo teórico adotado para a construção dos roteiros de entrevistas foram os pressupostos da Teoria das Representações Sociais⁷, interpretação da realidade que pressupõe que não haja distinção entre sujeito

e objeto da pesquisa, uma vez que toda realidade é representada pelo indivíduo.

Os dados foram trabalhados de acordo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A proposta do DSC consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraíndo-se dos discursos quatro figuras metodológicas para organizar, apresentar e analisar os dados obtidos através dos depoimentos. As **expressões-chave** são constituídas por transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do que é essencial no conteúdo discursivo; a **ideia central (IC)** de um discurso pode ser entendida como a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo; o **DSC** busca reconstruir, com fragmentos significativos de discursos individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar o pensamento ou representação social de um grupo de pessoas sobre determinado tema e é construído na primeira pessoa do singular; a **ancoragem** é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso pode declarar e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica⁸. No presente estudo, foram desenvolvidas as três primeiras figuras.

O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina - UEL, mediante CAAE n. 02030268093/11, recebendo parecer favorável para sua publicação sob Protocolo nº 228/2011. Para garantir o anonimato, o nome do pai entrevistado foi substituído pela letra P seguida de sequência numérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve caracterização dos pais evidenciou que estavam na faixa etária dos 18 aos 42 anos, sendo oito casados, quatro com união consensual e três solteiros. Destes, nove estavam vivenciando pela primeira vez a paternidade e seis já possuíam outros filhos.

Após a análise das entrevistas, emergiram seis ideias centrais, apresentadas a seguir. Para melhor compreensão da análise e preservação do anonimato previsto pelo termo de consentimento, os sujeitos da pesquisa foram identificados com a letra P, precedidos com numeração de cada um, a partir da ordem em que foram realizadas e transcritas as entrevistas.

IC 1 - Sentimento de sofrimento frente à internação do filho

DSC1 - Ah, é complicado, né? O sofrimento é bastante. É nervosismo demais, ansiedade pela situação, a gente entra em desespero. Está sendo bem difícil, porque para mim, como ser humano, é preocupante, a gente fica com a cabeça quente, porque corre risco, inspira cuidado. É triste, você fica com medo da criança estar aqui, com os aparelhinhos no nariz, podendo perder ele, vê o lado ruim. Além do mais, o neném nasce com o pulmãozinho fraco, pode pegar uma pneumonia, tem que estar no antibiótico. Eu não queria estar vivendo isso aí, não. A gente não consegue dormir, tem que ir e voltar toda hora. Mas fazer o que? Vou levando, acho que só quem passa por isso sabe. (P1, P3, P4, P7, P9, P10, P12, P13, P14, P15)

Percebe-se nesse discurso que as incertezas diante da hospitalização do filho na UTIN os remetem ao sentimento de sofrimento, uma vez que a sociedade tem o termo UTIN como sinônimo de morte, gravidade e pouca perspectiva de vida. Isto faz com que o imaginário dos pais sobre as condições de saúde do filho tendam ao pessimismo, causando neles a sensação de que suas fraquezas sobrepujam suas forças, dificultando a superação da hospitalização⁹.

Além disso, a experiência da prematuridade para as famílias modifica valores de vida, colocando seus integrantes diante de limitações, impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam a rotina da família¹⁰.

IC2- Certezas e incertezas frente ao nascimento

DSC2- Ah, a gente não esperava não, foi um susto. Estávamos esperando para mais pra frente, e aí foi um choque na hora. Eu caí na real. (P2, P5, P8, P11)

DSC3 - Já estava esperando, né? Já estava preparado, sabia que não iria chegar aos nove meses, que seria entre os sete e os oito. A gente estava até esperando que nem chegasse a 36 semanas, esperávamos menos. (P7, P10)

Algumas das famílias entrevistadas já passavam por acompanhamento na gestação, que foi considerada de risco. Quando essa situação acontece, é evidente a reação mais calma de todos os familiares, inclusive do pai, que já se apresentava consciente, menos chocado com a internação e tudo o que ela traz consigo. Por outro lado, para outros, a situação do nascimento pré-termo e a hospitalização são inesperadas, o que estava previamente organizado é modificado abruptamente com o nascimento prematuro do filho e sua hospitalização em uma UTIN¹⁰. Essa situação gerou sobressaltos e inquietude relatados nas falas dos indivíduos.

IC3 - Confiança na equipe

DSC4- No começo eu me senti um pouco mal, mas depois eu o vi e a médica disse que ia ficar tudo bem, que ele nasceu forte, aí eu fiquei mais à vontade. Você vê a cabecinha raspada, a gente acha que está judiando, mas eu sei que não está né? Sabemos que ele está seguro, está sendo bem cuidado. Hoje a gente fala de risco, mas ele está acompanhado, está bem calçado. Hoje o risco é mínimo, antigamente era muito pior. Eu não penso mais em risco, eu penso em saúde. (P4, P7, P10, P11, P15)

Depreende-se dessa fala a confiança passada pela Equipe de Saúde. Por isso, torna-se imprescindível o contato real entre equipe e família, com informações que sejam também reais e capazes de tranquilizá-los. A relação entre profissional, pacientes e familiares é muito importante durante todo o processo de recuperação da saúde. Essa relação deve ser caracterizada pelo estabelecimento de vínculos. Neste âmbito, criar vínculos requer o aprimoramento de relações próximas e claras, de forma que o sofrimento do outro seja sensibilizador¹¹. É imprescindível, portanto, que a equipe da UTIN acolha e realize uma comunicação efetiva, terapêutica com os pais, evitando o uso de termos técnicos que se distanciam da realidade materna e faz com que os profissionais sejam vistos como detentores únicos do saber¹⁰. Deve-se conscientizar que se trata de um momento único e de novidade para o usuário e sua família, e que qualquer informação, mesmo que pareça simples e óbvia para o profissional, possui um nobre valor para a construção de um emocional sólido por parte do usuário.

IC4- Impotência frente a gravidade

DSC5 - É triste que ele não está em casa né? A gente esperava já sair, pegar nos braços, queria estar com ele pertinho. Eu queria levar ele embora, porque enquanto está aqui ainda corre riscos. Mas não posso fazer isso, tirar a gente não pode. São coisas da vida, então temos que aceitar. Nessa altura a gente só pode vir visitar, olhar, ficar ali do lado. A gente espera que saia logo, pra poder ir pra casa com ele. (P1, P4, P10, P13, P15)

Neste discurso fica evidente a negação com relação ao estado de saúde do filho. Mais do que isso, o sentimento de impotência frente à doença. Sabe-se que a figura masculina carrega um sentido de força, de resolutividade, e nesse momento, então, o pai, que teoricamente deveria ser o herói do filho, vê-se na condição de expectador, não sendo capaz de tirá-lo da situação em que se encontra. A UTIN é um cenário familiar para os profissionais de saúde que ali atuam,

porém, para os pais, pode parecer um ambiente hostil e pouco acolhedor desencadeando nos mesmos sentimentos e reações desagradáveis como tristeza, ansiedade, angústia e principalmente medo², porém a paternidade traz aspectos positivos para os pais mesmo diante das adversidades do nascimento do filho prematuro, como podemos observar a seguir:

IC5 - Paternidade momento mágico

DSC6- Ah, para mim está sendo maravilhoso, inesquecível, uma alegria por mais uma vida estar perto da gente. Eu sempre tive o sonho de ser pai, e é uma sensação que só a gente sendo pai mesmo para sentir, é uma experiência muito boa que nunca mais vou esquecer, ficou marcado. Ele está na UTI agora, e eu estou levando na maior tranquilidade, porque a alegria de ele ter nascido é melhor ainda. (P3, P6, P9, P12, P13, P14, P15)

Enxergando por uma perspectiva completamente diferente da apreensiva e impotente encontrada anteriormente, observa-se outro grupo de indivíduos que, mesmo com o risco e a hospitalização, nutrem um sentimento tão grandioso de alegria pela paternidade que sobrepõe os aspectos negativos e fazem desse momento que deveria ser de dor, um período de alegria e realização. A paternidade passou a ser percebida não mais como um “peso”, no caso em que o homem se lembra, apenas, dos gastos financeiros e do seu papel como autoridade para ajudar no crescimento e desenvolvimento do filho, mas também passou a perceber a paternidade de maneira mais afetiva, como algo bom que veio a acrescentar à instituição familiar¹².

Outro fator relevante é que de modo geral, o homem, durante muito tempo foi tido como o ser racional da família, que não emitia sentimentos ou crenças e sim pareceres e objetividade, no entanto este perfil tem se modificado e percebe-se que independente do gênero o pai busca na religiosidade uma forma de encontrar forças para enfrentar o sofrimento de ter um filho hospitalizado em uma UTIN.

IC6- Confiança em Deus

DSC7- Graças a Deus a gente está superando tudo. Eu fico feliz por ele estar vivo até agora. Sempre com fé em Deus que tudo vai dar certo, né..e já estamos vendo os resultados, ele já está melhor, superando a cada dia que passa. É importante manter a tranquilidade, porque nervosismo demais também atrapalha. O sofrimento e a angústia foi só na hora. Deus está no controle, ele está nas mãos de Deus, e não existe risco nenhum,

porque Ele é maior, e a partir do momento que o neném nasceu, eu acreditei em Deus e ele está explodindo, esbanjando saúde, show de bola, ganhando peso. Cada dia que passa é uma vitória pra gente, tem que ver o lado bom. (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P12, P14)

A espiritualidade também é um aspecto relevante observado em muitas situações delicadas. É a transferência de responsabilidade do indivíduo para alguém considerado maior, que possa cuidar verdadeiramente quando as forças e o poder humano esvaem-se.

A religião e a oração mostram-se fundamentais para proporcionar à família um meio de súplica e intercepção por um amado. A fé em um Deus maior ou divino culmina na auto-esperança da família¹³. Como evidenciado por outros autores^{7;13}, a espiritualidade é fator decisivo na reação de familiares frente à doença, hospitalização e terminalidade.

Na perspectiva da Enfermagem, a dimensão espiritual do cuidar é parte integrante da terapêutica do paciente e deve ser realizada durante o cuidado para com ele e sua família em todos os graus de complexidade, porquanto visa a restabelecer a sua saúde, proporcionando-lhe segurança, conforto, confiança, bem-estar e uma maior capacidade de superação do processo de adoecimento⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo do estudo foi atingido, ao se obter, por meio das representações paternas, aspectos inerentes à sua vivência durante o nascimento e internação hospitalar de seus filhos em situação de risco, como no caso de recém-nascidos prematuros. Dentre as dificuldades enfrentadas, destacaram-se o sentimento de sofrimento frente à hospitalização, certezas e incertezas frente ao nascimento e a impotência frente à gravidade. Por outro lado, a fé em Deus, a confiança na equipe de saúde e a alegria da paternidade configuraram-se como aspectos facilitadores relativos a essa experiência.

O pai é figura importante no nascimento e acompanhamento do filho, e possui sentimentos relevantes, principalmente frente ao nascimento de um filho prematuro e a necessidade de internação desse em uma UTIN, revelando a necessidade dos profissionais dessa unidade incluírem a figura paterna nos cuidados do recém-nascido prematuro hospitalizado propiciando a ele vivenciar plenamente sua paternidade.

REFERÊNCIAS

1. Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 14th ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
2. Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 27];62(5):734-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/14.pdf>
3. Brasil. Atenção humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Manual Técnico. Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2013 July 3]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf
4. Brasil. Portaria Nº 930, de 30 de maio de 2012. [Internet]. 2012 [cited 2013 July 3]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html
5. Minayo MCS. Pesquisa social: método e criatividade. 29th ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 12th.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
7. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque qualiquantitativo. São Paulo: Liberlivro; 2011.
9. Schmidt KT, Higarashi IH, Sassá AH, Marcon SS, Veronez M. A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: precepção dos pais. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 27];16(1):73-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100010&script=sci_arttext
10. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev bras enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 27];65(3):514-521. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000300018&script=sci_arttext
11. Zani AV, Real JM, Golias ARC, Mattos ED, Parada CMGL, Marcon SS. As interfaces da convivência da família em uma unidade de pronto socorro. Rev Cienc Cuid Saude [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 27];10(4):803-811. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/18326>

12. Carneiro L M R, Silva KL, Pinto ACS, Silva AA, Pinheiro PN, Vieira NFC. Paternidade: discursos de homens que vivenciam uma relação mais próxima e participativa na criação dos filhos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 27];6(9):2177-82. Available in: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2806>
13. Balduino LSC, Liberato SMD, Torres GV, Torres SMSGSO, Mendes JMG. Espiritualidade, coping e enfermagem: revisão integrativa da literatura. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 27];5(spe):481-88. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1737>
14. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Gouveia EML, Costa SFG, Alves AMPM. A dimensão espiritual do cuidar na prática de Enfermagem: opiniões de estudantes. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 27];6(9):2037-44. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3113>

Submissão: 20/03/2014

Aceito: 27/12/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Adriana Valongo Zani
Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina/UEL
Rua Robert Koch, 60
Bairro Vila Operária
CEP 86038-350 –Londrina (PR), Brasil