

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CONCEPÇÕES DO PAI ACERCA DA PREMATURIDADE**  
**DO SEU FILHO**

**FLORIANÓPOLIS**  
**2007**

DORIS WALDOW

**CONCEPÇÕES DO PAI ACERCA DA PREMATURIDADE  
DO SEU FILHO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,  
Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Federal de Santa  
Catarina.**

**Orientador: Profa. Dra. Maria Aparecida  
Crepaldi**

**FLORIANÓPOLIS  
2007**

# TERMO DE APROVAÇÃO

DORIS WALDOW

## CONCEPÇÕES DO PAI ACERCA DA PREMATURIDADE DO SEU FILHO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

---

Orientador: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi  
Departamento de Psicologia, UFSC

---

Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares  
Departamento de Psicologia, FMRP

---

Prof. Dr. Mauro Luiz Vieira  
Departamento de Psicologia, UFSC

Florianópolis, 03 de setembro de 2007.

À minha família que me inspirou a paixão pela vida familiar; aos meus pais pelo amor, carinho e estímulo recebidos; e ao meu marido, homem que divide comigo o desejo de viver a parentalidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **Deus**, por ter me concedido forças e permanecido comigo nos momentos mais difíceis desta trajetória;

Aos meus **pais**, por terem participado da minha vida inculcando valores que até hoje auxiliam nas escolhas que devo fazer, e que, mesmo de longe acompanham minha trajetória;

Ao meu **marido**, que permaneceu ao meu lado, incentivando e reafirmando o mérito do trabalho por ter sido guiado pela sensibilidade e amor à família e ao início da vida;

Aos meus **amigos**, que se fizeram presentes na minha vida, mesmo em momentos em que eu permanecia isolada devido às extensas horas de trabalho, suportando a distância e apoiando nas horas em que o cansaço se tornava insuportável;

Aos **professores** que me incentivaram nessa busca e demonstraram confiança em mim tanto como profissional psicóloga, como pesquisadora.

Aos **participantes** da pesquisa por terem se disposto a participar das entrevistas permitindo a coleta dos dados, bem como suas companheiras que muitas vezes auxiliou no contato com seus maridos.

À **equipe** do hospital, por terem aceitado minha circulação no ambiente e respondido às minhas dúvidas, principalmente à psicóloga Zaira Custódio que me introduziu no ambiente e auxiliou na identificação inicial dos possíveis participantes da pesquisa.

Aos **colegas de mestrado**, em especial Lucila Rosa Matte Massignani, que dividiram comigo as inseguranças e os desânimos que às vezes envolviam nossas vidas em determinados momentos da pesquisa.

Agradeço ainda a minha **orientadora** Dra. Maria Aparecida Crepaldi pelo compartilhar de conhecimentos e pela oportunidade de aprimoramento profissional.



*Tomar uma decisão de ter um filho é algo que irá mudar sua vida inteira de forma inexorável. Dali para frente, para sempre, o seu coração caminhará por caminhos fora do seu corpo.*

*Autor desconhecido*

WALDOW, Doris. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho.** Florianópolis, 2007. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Dra. Maria Aparecida Crepaldi

Defesa: 03/09/2007.

## RESUMO

A família é contexto de pesquisa importante, apesar das transformações que sofre e, dentro dela, o pai vem adquirindo maior visibilidade na literatura científica nos últimos anos. Pesquisadores passam a buscar o papel do progenitor no desenvolvimento do filho, bem como as formas como ambos interagem dentro do contexto familiar. A prematuridade vem igualmente recebendo a atenção de pesquisadores, na busca de melhorar a interação do recém nascido (RN) com sua família. Porém, a maioria dessas pesquisas desconsidera a importância do pai no desenvolvimento da criança prematura, bem como a relevância da interação pai-filho na própria construção da paternidade, encontrando-se então uma lacuna no processo de tornar-se pai. Esta Dissertação de Mestrado se propôs a investigar as concepções do pai acerca da prematuridade do filho e o cuidado exercido a este durante a hospitalização em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e exploratório, baseado no método qualitativo. A população pesquisada constituiu-se de vinte homens que tinham seus bebês internados em um hospital da Grande Florianópolis, dos quais dez primíparos e dez múltiparos. O trabalho foi realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, e a análise se deu a partir do conteúdo verbal da entrevista. A partir do discurso, constituíram-se as categorias, que foram encaixadas nas Unidades Temáticas pré-estabelecidas. O estudo foi orientado a partir da visão sistêmica, na interface da psicologia da saúde e do desenvolvimento. A pesquisa permitiu a percepção da influência dos contextos que envolvem o pai e a família na forma como o homem vivencia a paternidade e prematuridade de seu filho. O participante entende a prematuridade como sendo o fato de o bebê nascer antes do término da gestação e conecta a isso questões de fragilidade, sensibilidade, doença, baixo peso, má formação, necessidade de cuidados especiais e risco de morte. Mesmo com esses fatores, a pesquisa evidenciou que o pai tem, de maneira geral, sentimentos positivos e esperançosos frente ao prematuro. O estudo demonstrou ainda que o homem está vivendo a paternidade de forma mais ativa. Essa participação se inicia na gestação, continua no parto e no puerpério. Além disso, a pesquisa constatou que o pai tende a envolver-se mais com seu filho, mas precisa de ajuda e encorajamento para assumir a paternidade de forma efetiva. Assim, a equipe de saúde exerce papel importante e deve buscar formas de aproximar o progenitor de seu filho o mais cedo possível.

**Palavras-chave:** paternidade, prematuridade, psicologia do desenvolvimento da criança e da família.

WALDOW, Doris. **The father's conceptions concerning his son's prematurity.** Florianópolis, 2007. 166f. Thesis (Master's degree in Psychology) - Pos-Graduation Program in Psychology in the Federal University of Santa Catarina.

## ABSTRACT

The family (institution) is an important research context, in spite of the transformations that it has suffered, and lately, the father has acquiring a larger visibility into the scientific literature involving the family. Researchers start to look for the father's role into the child's development, as well as the forms as son/daughter and father interact inside of the family context. The prematurity has equally receiving the researchers' attention, in the attempt of improving the interaction between the newly born (NB) with his/her family. However, most of those researches ignore the father's importance into the premature child's development, as well as the importance of the father-child's interaction inside the own paternity construction, meeting a gap into the process of turning a father. This master's degree dissertation intended to investigate the father's conceptions concerning the child's prematurity, and the care took to the newborn baby during the hospitalization in the Unit of Intensive Neonatal Treatment. It is a research of descriptive and exploratory stamp, based on the qualitative method. The researched population was constituted by twenty men that had their newborn babies interned at a hospital of great Florianópolis, which ten of them were first time fathers and ten weren't. The research was accomplished through semi-structured interviews, and the analysis came from the verbal content of the interviews. The categories were constituted from the speech and were fit into the pre-established Thematic Units. The study was guided from the systemic vision, with an interface between Health Psychology and Development Psychology. The research allowed the perception of the contexts influence that involve the father and the family in the way that the man lives his paternity and his child's prematurity. The participant understands the prematurity as being the fact that the baby is born before the gestation's end, and associate with that fragility subjects, sensibility, disease, low weight, bad formations, need of special cares and death risk. Even with those factors, the research evidences that the father has, in a general way, positive and hopeful feelings front to the premature newborn baby. This study also demonstrated that the man is living the paternity in a more active way. This participation begins during the gestation, it continues in the childbirth and during the post parturition. Besides, the research verifies that the father is more involved with his child, but he still needs help and encouragement to assume the paternity in a more effective way. Therefore, the health team has an important role and should look for ways to help the approximation between the father and his child as soon as possible.

**Key words:** paternity, prematurity, child and family development psychology.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Representação dos eixos norteadores do desenvolvimento humano, segundo Bronfenbrenner.	P. 23
FIGURA 2	Os períodos críticos do desenvolvimento. (Cole, 2003, p. 124).	P. 46

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Dados pais de primeiro filho participantes da pesquisa.	P. 62
QUADRO 2	Dados dos pais com mais de um filho participantes da pesquisa.	P. 63
QUADRO 3	Quadro comparativo entre os objetivos propostos no presente estudo com os itens norteadores da entrevista semi-estruturada.	P. 65
QUADRO 4	Relação dos eixos temáticos e categorias	P. 67
QUADRO 5	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo - Concepções de Prematuridade.	P. 70
QUADRO 6	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das interações durante o período de prematuridade.	P. 80
QUADRO 7	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das vivências da paternidade no período gestacional e no parto.	P. 89
QUADRO 8	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das vivências da paternidade no puerpério.	P. 98
QUADRO 9	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das dificuldades encontradas durante o período de prematuridade.	P. 112
QUADRO 10	Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo da família de origem.	P. 117

## LISTA DE SIGLAS

BP	Baixo peso
IG	Idade Gestacional
MBP	Muito baixo peso
MMC	Método Mãe Canguru
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMT	Prematuro
PTM/BP	Prematuro de baixo peso
PTM/MBP	Prematuro de muito baixo peso
RCIU	Retardo de Crescimento Intra-Uterino
RN	Recém nascido
UFRS	Universidade Federal do Rio grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1. Objetivo Geral.....	19
2.2. Objetivos Específicos.....	19
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
3.1. A Ciência Complexa e a Família .....	20
3.2. Paternidade.....	27
3.2.1. A transição para a parentalidade.....	27
3.2.2. História da paternidade.....	29
3.2.3. Construção da paternidade.....	34
3.2.4. Percepção do papel pai.....	40
3.2.5. Função do pai no desenvolvimento infantil .....	42
3.3. Prematuridade.....	45
3.3.1. As etapas do período gestacional.....	45
3.3.2. Riscos Bio-psico-sociais.....	48
3.3.3. A Equipe de Saúde e o MMC.....	55
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>60</b>
4.1. Caracterização da Pesquisa .....	60
4.2. Participantes.....	60
4.3. Local.....	64
4.4. Instrumentos.....	64
4.5. Procedimentos para a Coleta de Dados.....	65
4.6. Procedimentos para a Análise dos Dados.....	66
4.7. Cálculo de acordo.....	68
4.8. Procedimentos Éticos.....	69
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>70</b>
5.1. Concepção de Prematuridade.....	70
5.2. Interações durante o período de prematuridade.....	79
5.3. Vivência da paternidade no período gestacional e no parto.....	88
5.4. Vivência da paternidade no puerpério.....	97
5.5. Dificuldades encontradas.....	112
5.6. Família de origem.....	116

<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>119</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>128</b>
<b>9. APÊNDICE.....</b>	<b>138</b>
9.1. Apêndice 1.....	139
9.2. Apêndice 2.....	141
9.3. Apêndice 3.....	143
9.4. Apêndice 4.....	144
9.5. Apêndice 5.....	145
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>154</b>
10.1. Anexo 1.....	155
10.2. Anexo 2.....	164
10.3. Anexo 3.....	166

## 1. INTRODUÇÃO

A família vem sendo foco e contexto de muitos estudos na atualidade. Isto por que estudar a família, apesar das inúmeras mudanças que está sofrendo, mantém sua importância intacta (Silva, 2004a). Independente da sua configuração, ela continua sendo o contexto que recebe e acolhe a criança ao mundo permitindo-lhe suas primeiras relações. Dessa forma, torna-se palco fundamental para o estudo das relações pais-filhos, já que focalizar a singularidade e a complexidade da rede relacional familiar possibilita perceber a família como um grupo em desenvolvimento (Dessen e Silva Neto, 2000).

Mostra-se bastante presente a idéia de o grupo familiar ser incluído no estudo das interações entre seus membros, quando se tem como base epistemológica a teoria dos sistemas. Segundo Cerveny e Bertould (2002) a família é um sistema complexo, em constante transformação, que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros. Nela, os membros interferem-se mutuamente, tornando-se difícil entender a interação de uma díade na família sem levar-se em conta a influência que os outros membros têm sobre essa interação (Dessen e Braz, 2005). A base dessa teoria considera o indivíduo em sua complexidade, tendo em vista os contextos, as conexões e a instabilidade do sistema, bem como a intersubjetividade do pesquisador.

Inserido no contexto familiar, encontra-se o pai que, durante anos, esteve à sombra quanto ao interesse dos pesquisadores. De fato, o empenho no estudo da paternidade é recente quando relacionado às pesquisas realizadas sobre o tema da maternidade e sobre a importância que a interação mãe-bebê exerce na vida da criança.

Foi apenas a partir de 1960-1970 que se iniciou um crescente empenho de pesquisadores por estudar o pai, buscando demonstrar sua importância no desenvolvimento

do seu filho. Esses estudos foram desencadeados em um novo momento sócio-histórico: o advento do movimento feminista que passa a reivindicar seus direitos; o aumento da entrada da mulher no mercado de trabalho – embora esta já se encontrasse nele presente, seu trabalho era considerado de menor valia; o aumento de famílias monoparentais – isto é, famílias formadas por apenas um dos membros parentais (pai ou mãe); e o crescimento da ideologia centrada na criança – idéia de que a criança e suas necessidades têm lugar central na família (Maridaki-Kassotaki, 2000).

Nestes quarenta anos, muitos estudos – como, por exemplo, os de Lamb (1997), Lewis (1997), Pleck e Pleck (1997), Bolli (2002), Castoldi (2002) – buscaram embasar a importância do pai no desenvolvimento da criança, não só como provedor, mas também como referência importante na vida das crianças. Esses estudos demonstram que, na contemporaneidade, o papel destinado ao pai vem modificando-se gradativamente. Também pesquisas voltadas à questão de gênero, como a de Longhi (2001), Gomes e Resende (2004) e de Beiras (2007), tomaram o pai como foco de estudo.

O pai começa a dividir mais igualitariamente as tarefas de cuidado dos filhos, deixando, aos poucos, de ser o detentor do poder, característica da postura mais patriarcal (Coelho, 2005a; Abramovitch, 1997; Lewis e Dessen, 1999), mesmo que essa transformação do papel desempenhado pelo pai numa postura mais igualitária ainda se encontre distante da realidade vivenciada pelas famílias. Este pai cuidador, que divide com igualdade as tarefas domésticas com sua companheira ou com a mãe de seus filhos, ainda se encontra muito mais presente no plano ideal do que no real.

Também a prematuridade vem recebendo devida atenção de pesquisadores no campo da psicologia e principalmente da enfermagem, na busca de melhorar a interação do recém nascido (RN) com sua família. Esses estudos demonstram a necessidade de um atendimento humanizado que promova, o mais rápido possível, o vínculo da criança com

sua família. Mas esses estudos focam essencialmente a interação mãe/bebê e atribuem ao pai o papel de colaborador e porto seguro da mãe (Lamy, Gomes e Carvalho, 1997; Dimenstein, 2000; Monteiro, Silva e Silva, 2002; Caetano, Scochi e Angelo, 2005).

No levantamento bibliográfico desenvolvido para esta pesquisa<sup>1</sup>, foi possível constatar que os estudos visam identificar prioritariamente os reflexos da prematuridade sobre a mãe e seu bebê, mesmo quando as entrevistas eram realizadas com outros membros (pai, equipe). Apenas três dos estudos encontrados buscam incluir as impressões do pai sobre a prematuridade (Lamy *et al.*, 1997; Toma, 2003; Tronchin e Tsunehiro, 2006). Assim, parece se fazer necessário mais estudos que incluam os demais membros da família e investiguem o significado da prematuridade e seu envolvimento neste contexto.

As pesquisas desconsideram a importância do pai no desenvolvimento da criança prematura, bem como a importância da interação pai-filho na própria construção da paternidade. Dessa forma, encontra-se uma lacuna no processo de tornar-se pai, pois, a partir do momento que ele é excluído da situação de prematuridade na qual se encontra seu filho e dos cuidados necessários que devem ser a ele atribuídos, o progenitor é privado de vivenciar este processo e de vincular-se afetivamente num momento propício para que isso ocorra: o início da vida. Faz-se, portanto, essencial incluir o pai de forma mais ativa no decorrer do internamento do RN na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Assim, este estudo segue nesta direção quando pretende focar na visão que o pai tem sobre a prematuridade.

Com base nas interações familiares e suas complexidades, o presente trabalho pretende investigar a paternidade no contexto da prematuridade de bebês internados em

---

<sup>1</sup> Bancos de dados pesquisados: Scielo, Lilacs, PsicInfo e Bireme e nos bancos de tese da UFSC, UFRGS e USP.



Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. A partir dessas considerações, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa:

**Qual a concepção do pai acerca da prematuridade e qual sua participação durante a hospitalização do filho?**

Tal pesquisa buscou contribuir para o incremento do conhecimento na área da paternidade no contexto de prematuridade no campo da psicologia na interface desenvolvimento e saúde. Ela deve juntar-se aos estudos brasileiros sobre essas temáticas, discutindo a relevância do pai para o desenvolvimento da criança desde uma idade muito precoce.

De igual modo, o estudo procurou cooperar para incrementar qualitativamente o trabalho das equipes de saúde que atuam nos três níveis de atenção – primária, secundária e terciária – atentando para a importância do pai no desenvolvimento da criança e buscando, dessa forma, promover a saúde da família integralmente. Com a ajuda da equipe, o pai poderá tornar-se mais participativo desde o início da vida de seu filho e, considerado em suas necessidades e expectativas sociais, poderá, enquanto progenitor, sensibilizar-se para o desenvolvimento do filho como coadjuvante do mesmo.

O interesse da pesquisadora em investigar o tema da paternidade é fruto da importância que atribui ao estudo do grupo familiar. Tendo em vista que, durante muitos anos, a psicologia focalizou o estudo da interação mãe-bebê, negligenciando a participação do pai no desenvolvimento da criança, bem como a influência da interação pai-bebê para a construção de uma paternidade mais atuante nos cuidados da criança, a autora priorizou o pai inserido nesse sistema.

Foi considerado, ainda, o contexto da psicologia da gravidez, parto e puerpério, aplicada, sobretudo no âmbito da atenção secundária e terciária - Hospitais e Maternidades,

campo privilegiado para a atuação na prevenção da saúde da criança e da família. Por outro lado, constitui-se em um palco de uma transição fundamental do ciclo vital que é a transição para a parentalidade. Quando se fala em parentalidade, os atores principais são o pai e a mãe, seja qual for a configuração familiar à qual pertençam. Assim sendo, o pai não pode estar alijado dessa família em franca transformação com a incorporação de um novo membro.

Outro contexto fundamental, neste estudo, foi o da prematuridade. Como uma antecipação do processo de tornar-se pai, apresentou-se como um evento de vulnerabilidade orgânica e psicológica que pode ter conseqüências drásticas para o desenvolvimento da criança e, por si só, exige informação, disponibilidade e engajamento dos cuidadores, como fatores protetivos para o futuro da criança, o que é mais uma razão para pesquisar o pai e sua vivência na construção da paternidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Caracterizar as concepções do pai acerca da prematuridade e sua participação durante a hospitalização do filho.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar o que o pai entende por prematuridade;
- Caracterizar os cuidados exercidos pelo pai ao seu bebê prematuro (PMT) (Método Mãe Canguru – MMC);
- Identificar os sentimentos do pai frente ao filho prematuro;
- Identificar as expectativas do pai para o desenvolvimento do seu filho;
- Identificar como o pai percebe a relação com a mãe do bebê e como foi a vivência da gestação e do parto.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1. A Ciência Complexa e a Família**

A compreensão do pai de suas concepções acerca do filho prematuro e de sua participação no cuidado do bebê requer a consciência da complexidade humana (Morin, 2005) e a consideração dos contextos nos quais estes se encontram inseridos. Isso inclui estudar a família, o hospital, as condições econômicas e socioculturais, as experiências anteriores de paternidade e/ou prematuridade entre muitos outros contextos. Dentre os diversos e inevitáveis sistemas nos quais o pai se encontra inserido, a família é, sem dúvida, a que mais se destaca na tarefa de compreender o progenitor e sua concepção de prematuridade.

Estudar o grupo familiar, porém, não é tarefa fácil frente à complexidade que o envolve (Dessen e Braz, 2005), mas “o conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade” (Morin, 2005). Para abarcar essa complexidade, buscou-se embasamento teórico na ciência complexa, novo-paradigmática<sup>2</sup>, ou sistêmica que, segundo Dessen e Braz (2005), constitui um dos principais arcabouços teóricos para a compreensão desse complexo sistema chamado família.

Na teoria novo-paradigmática, o mundo é visto em sua complexidade, como um imenso sistema, uma rede ou teia, no qual tudo e todos estão conectados. Nessa teoria, o pensamento encontra-se apoiado sobre três pressupostos: o da complexidade<sup>3</sup>, o da instabilidade<sup>4</sup> e o da intersubjetividade<sup>5</sup> (Vasconcellos, 2002). A partir dessa visão, o

---

<sup>2</sup> Ciência novo-paradigmática, segundo Vasconcellos (2002), é a ciência baseada num novo paradigma no qual o mundo é complexo, instável e influenciado pela subjetividade do pesquisador. A mesma autora (2005) afirma que este é um termo transitório sendo em breve dispensado em função de um reconhecimento amplo do pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência.

<sup>3</sup> A complexidade refere-se ao reconhecimento de que a simplificação obscurece as inter-relações existentes entre os fenômenos. Assim, para fazer ciência, seria necessária a contextualização dos fenômenos estudados além do reconhecimento da causalidade recursiva (Vasconcellos, 2002)

<sup>4</sup> A instabilidade do mundo é o reconhecimento de que o mundo está em processo, em constante transformação, o que determina a indeterminação, imprevisibilidade, irreversibilidade e incontrolabilidade

conhecimento só adquiriria sentido através das interações (Najmanovich, 1995). Não se pode estudar somente as partes para a compreensão do todo, pois é justamente na totalidade que reside a compreensão do fenômeno. A complexidade existe quando elementos diferentes são constitutivos inseparáveis do todo, sendo a união entre a unidade e a multiplicidade (Morin, 2005). Assim, o sistema complexo consiste em um sistema aberto em interação com o meio, pois é este – o próprio meio – quem o retroalimenta<sup>6</sup> e, a partir dele, – do contexto – pode-se entender sua rede de interações.

Segundo a teoria dos sistemas, o indivíduo é visto em constante interação com o mundo que o cerca, sendo ambos – indivíduo e mundo – considerados integrantes de um sistema, de uma rede conectada a tudo, que se retroalimenta numa complexa interdependência. Um homem não é apenas um ser isolado, mas está no mundo. É um sujeito que, apesar de manter sua individualidade, não pode ser isolado de todas as suas conexões. Cada atitude que adota afeta outros aspectos da vida, seja nos próprios seres humanos, seja no meio ambiente.

O mundo torna-se cada vez mais um todo. Cada parte do mundo faz, mais e mais, parte do mundo e o mundo, como um todo, está cada vez mais presente em cada uma das suas partes. Isso se verifica não só para as nações e povos, mas para os indivíduos. Assim como cada ponto de um holograma contém a informação do todo do qual faz parte, também, doravante, cada indivíduo recebe ou consome informações e substâncias oriundas de todo o universo (Morin, 2005, p.67).

---

dos fenômenos. O mundo tenderia ao caos, numa eterna desorganização, com alguma ordem. Essa desorganização seria o motor para o desenvolvimento (Vasconcellos, 2002).

<sup>5</sup> O pressuposto da intersubjetividade na constituição do conhecimento do mundo refere-se ao reconhecimento de que uma realidade depende de um observador, e de que o conhecimento científico do mundo é uma construção social, em espaços consensuais, por diferentes observadores. Conseqüentemente, o pesquisador considera as múltiplas versões da realidade (Vasconcellos, 2002).

<sup>6</sup> “Retroalimentação do sistema quer dizer que uma parte do efeito (*output*) ou do resultado do comportamento/funcionamento do sistema volta à entrada do sistema como informação (*input*) e vai influir sobre o comportamento subsequente” (Vasconcellos, 2005 p.115).

A partir de uma visão complexa, o indivíduo é parte de um sistema, o que torna impossível o desprezo do contexto em que vive. Henningen e Guareschi (2002) afirmam, a partir de seus estudos sobre paternidade com base na mídia, que a apreensão do contexto cultural e social em que se desenvolve a paternidade é fundamental para a sua compreensão. Dessa forma, para estudar o papel da paternidade na contemporaneidade e a concepção que o pai tem sobre seu filho prematuro é importante pensar em que contexto histórico, cultural e social este se encontra e quais os sistemas que o envolvem.

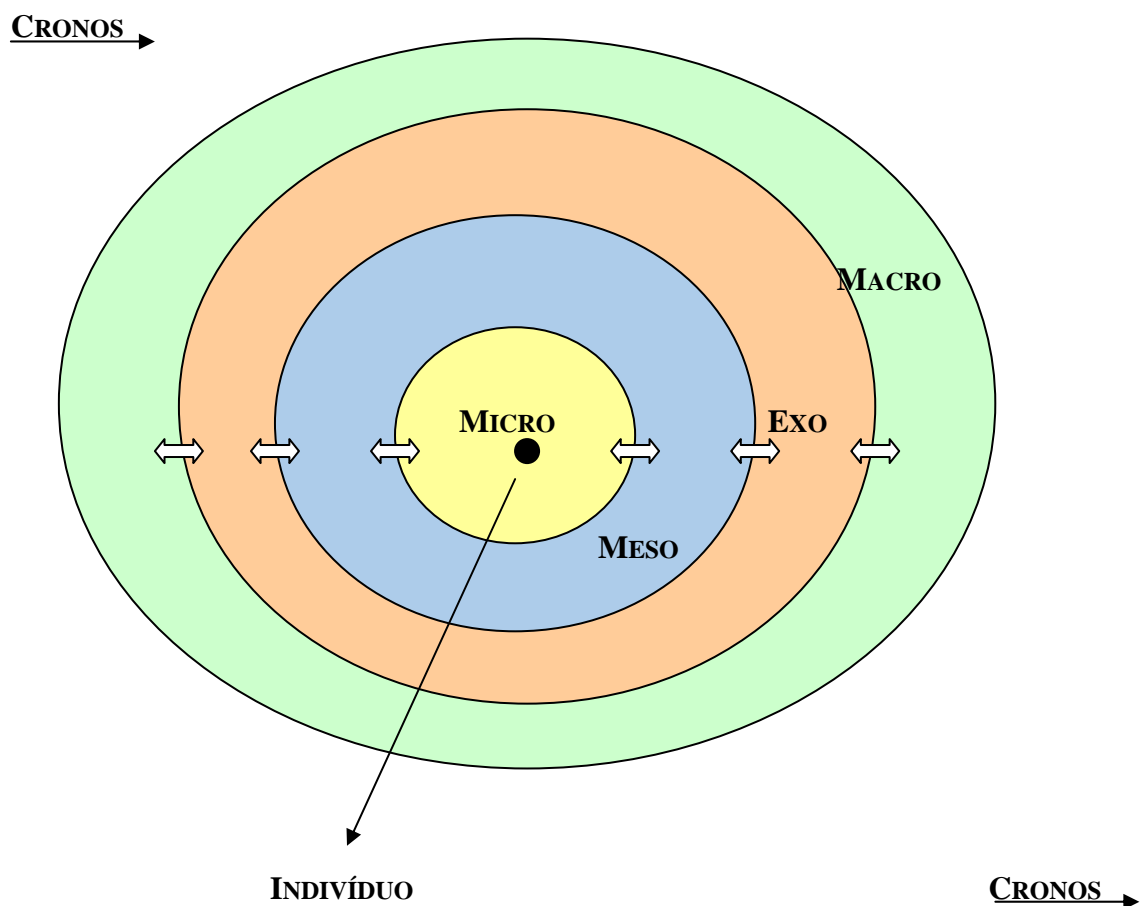
Os eventos são estudados dentro do contexto no qual ocorrem e a atenção é focalizada nas conexões e relações mais do que nas características individuais. (...) O todo é considerado maior do que a soma de suas partes; cada parte só pode ser entendida no contexto do todo (...) (Papp, 1992, p. 22).

Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999) apontam ainda que o sistema é formado por inúmeros subsistemas. Bronfenbrenner (1996) contribui com o esclarecimento dessa idéia ao descrever a existência de vários subsistemas: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema, aos quais se adiciona atualmente o cronossistema.

O indivíduo, visto como um sistema, encontra-se inserido em microsistemas, os quais compõem os mesossistemas, que, por sua vez, formam os exossistemas que se encontram inseridos no macrosistema (Bronfenbrenner, 1996). Todos os sistemas vêm-se influenciados pelo cronossistema (Figura 1).

O microsistema compõe-se de atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa em desenvolvimento. O mesossistema, por sua vez, inclui as relações entre dois ou mais ambientes no qual a pessoa está inserida e participa ativamente, por exemplo, as relações do pai na família, no trabalho ou com os amigos. O exossistema refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa de forma direta, ativa, mas no qual ocorrem eventos que afetam e são afetados pelo sujeito, como, por exemplo, o

trabalho da esposa ou a escola do(s) filho(s). O macrosistema diz respeito ao ambiente que engloba todos os outros sistemas, dando a eles consistência, como uma cultura que determina o modo como o pai, a família, a comunidade, por exemplo, vão se configurar e relacionar. Já o cronossistema refere-se ao tempo, isto é, a transformação nos subsistemas ao longo do tempo considerando a história transgeracional da família e dos grupos sociais (Bronfenbrenner, 1996 e Polônia, Dessen e Silva, 2005).



**Figura 1. Representação dos eixos norteadores do desenvolvimento humano, segundo Bronfenbrenner<sup>7</sup>.**

A família encontra-se inserida principalmente no micro e no mesossistema (Linhares, Martins e Klein, 2004). Segundo Minuchin (1982), ela é considerada um

<sup>7</sup> Adaptação da figura “Bronfenbrenner’s Model of the Ecology of Human Development” encontrada no site: [www.ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/comm\\_index.html](http://www.ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/comm_index.html).

sistema complexo, composto por subsistemas integrados e interdependentes, que estabelece uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserida. Ela é, muitas vezes, vista como o grupo e o ambiente que recepciona o novo indivíduo ao mundo e tem a tarefa de ensiná-lo a conviver em sociedade, ou seja, a referência social da criança (Dessen e Silva Neto, 2000).

Define-se a família como um sistema social único e dinâmico. Nela, cada um tem uma função, havendo regras, valores e relações hierárquicas que delimitam as diferenças de poder entre os indivíduos. É um grupo que possui estrutura, dinâmica e função e cujas relações entre seus membros tendem ao equilíbrio e são reguladas pelos princípios de retroalimentação (Dessen e Braz, 2005, Vasconcelos, 2002).

Além disso, a família pode ser considerada um espaço importante para a construção da identidade do sujeito, no qual ocorrem identificações que o auxiliam a conhecer quem é e quais são suas origens. A família dá a seus membros o cunho da individualidade. Nesta, existem dois sentimentos fundamentais para o desenvolvimento da criança e da própria família: o sentimento de pertencimento e o sentimento de separação (Minuchin, 1982, Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano, 1989).

Segundo Biasoli-Alves (2004, p. 97-98), o grupo familiar tem três funções básicas: “ser o agente principal da socialização primária” (é ela quem determina as práticas de educação dos filhos e que compõe ao ambiente aonde a criança irá se desenvolver); “manter a convivência de pessoas de idades diversas” (com trocas afetivas, formação da identidade e organização das relações familiares); e “incluir, na natureza do vínculo afetivo, o cuidado quando focaliza pais e filhos” (lealdade intergeracional e transmissão de valores).

Coelho (2005b) define família como uma instituição, uma matriz social. Esse conceito incluiria na família aspectos reais, simbólicos e fundamentalmente dinâmicos, nos



quais os membros são vistos em relação aos outros, às regras vigentes nesta instituição e às representações que este conjunto de relações produzem (sejam elas reais ou simbólicas).

Além disso, o sistema familiar está em constante transformação. Assim como um indivíduo que nasce, passa por vários estágios de desenvolvimento e um dia morre, também a família se desenvolve passando por vários estágios nos quais os papéis que cada membro exerce vão se modificando enquanto a família se reorganiza.

Carter e Mc Goldrick (2001) denominam essa seqüência de estágios de ‘ciclo de vida familiar’ ou ‘ciclo vital da família’. Dentro desse processo, encontram-se inúmeras etapas pelas quais a família passa ao longo da existência de seus membros. As autoras, baseadas em seus estudos nos Estados Unidos, definem seis etapas principais pelas quais a família nuclear intacta transita no decorrer da vida, são elas: o lançamento do jovem adulto solteiro; a união das famílias no casamento – o casal; tornando-se pais – famílias com filhos pequenos; a transformação do sistema familiar na adolescência; famílias no meio da vida – lançando os filhos e seguindo em frente; e família em estágio tardio de vida.

Cerveney e Berthoud (1997), por sua vez, restringem o ciclo a quatro fases: a família em aquisição; a fase adolescente; a fase madura; e a fase última. Apesar de um modelo ser mais detalhado que o outro, todas as autoras consideram as partes essenciais pelas quais a família passaria.

Hodiernamente é preciso incluir novas fases do ciclo vital por se tornarem cada vez mais frequentes na sociedade ocidental, como, por exemplo, a “família divorciada”, “família recasada”, entre outras. Além disso, deve-se considerar o contexto em que as famílias vivem. Apesar de Carter e McGoldrick (2001) detalharem mais a descrição do ciclo de vida da família, deve-se ponderar o fato de se tratar de uma realidade norte-americana. Portanto, necessitam ser referidas com cautela quando se tem como foco a população brasileira. Mesmo assim contribuem com a idéia de que a família, assim como o

indivíduo, transforma-se e passa por diversos ciclos de vida familiar, cada qual com tarefas específicas a serem cumpridas.

A atualidade mostra ainda a necessidade de se considerar todas as outras formas de configurações familiares. A família nuclear, apesar de ainda representar boa parte dos desenhos familiares, deixou de ser hegemônica (Fonseca, 2004 e Biasoli-Alves, 2004). Segundo Fonseca (2004), a família contemporânea baseia-se, hoje, muito mais na escolha, nos laços afetivos, do que no casamento e na consangüinidade. Assim, muitas podem ser as formas de configuração familiar. Essa diversidade é exemplificada por famílias monoparentais, homossexuais, entre outras (Cervený e Berthoud, 1997; Silva, 2004b).

O presente trabalho pretende estudar o pai no contexto da prematuridade e, para tanto, considerará qualquer configuração familiar a que o mesmo pertença. Porém,

precisamos reconhecer que há vários tipos de ‘famílias’, que os papéis maternos e paternos são multidimensionais e complexos e que pais e mães desempenham papéis diferentes em contextos culturais diferentes. Para entender como a família funciona, é preciso, sobretudo, estudar as interações e relações desenvolvidas entre os diferentes subsistemas familiares (...). (Dessen e Silva Neto, 2000, p.5).

Além das interações familiares, o desenvolvimento da família e do indivíduo é afetado também por vários outros sistemas nos quais cada um dos membros se encontra inserido. As relações estabelecidas entre os membros e os ambientes nos quais se encontram interferem nas suas interações familiares e vice-versa (Bronfenbrenner, 1986). Assim, o trabalho do pai e da mãe interferem na sua relação entre si e com a criança, assim como a prematuridade e a hospitalização do bebê intervêm na vida familiar.

Esta pesquisa buscou, a partir de um recorte do modelo apresentado por Bronfenbrenner, focalizar o pai, sua concepção acerca da prematuridade e sua participação no cuidado do bebê, considerando sua repercussão nos diferentes níveis do modelo

bioecológico de desenvolvimento humano. Foram analisados os aspectos do microsistema (sua interação com o bebê e com a família), do mesossistema (sua relação com o trabalho e como isso interfere na sua presença no hospital e sua relação com equipe de saúde), do exossistema (o emprego da companheira e a relação dela com a equipe) e do macrosistema (incluindo a concepção cultural de paternidade e as leis que regem o hospital e as questões ligadas à paternidade e maternidade).

Para compreender o pai, é preciso estar atento às atividades, funções, relações que este estabelece dentro do núcleo familiar e em seus demais sistemas. Entender o contexto em que o sujeito representa seu papel possibilita, pois, a compreensão da rede de interação que o cerca. (Najmanovich, 1995).

## **3.2. Paternidade**

### **3.2.1. A transição para a parentalidade**

Tornar-se progenitor é por si só, uma fase repleta de transformações na vida do indivíduo. A transição para a parentalidade marca a passagem de “ser filho” para “ser pai”, na qual o indivíduo passa para a condição de cuidador de um novo ente (Carter e Mc Goldrick, 2001) e a isso se soma a responsabilidade que os pais devem ter pela nova pessoa que se agrega à família. Há uma mudança profunda na família no momento em que uma nova criança passa a fazer parte dela (Brandt, 2001). O casal terá de modificar seus padrões de interação permitindo a inclusão de um novo membro no grupo.

Assim, a chegada de um filho envolve redefinições de papéis e reestruturação da família e de seus membros. Diferentemente dos animais, o homem precisa aprender seu papel de pai e, para isso, é necessário que experimente ser pai. Faz-se importante que haja uma rede de apoio que possibilite que esse processo ocorra, ao tempo que auxilia na integração desse novo membro (Dessen e Braz, 2000).

Torna-se importante o cuidado com os(as) novos(as) pais/mães para que eles consigam vencer essa etapa familiar reestruturando-se de forma a auxiliar o novo indivíduo a se desenvolver de forma saudável e segura (Cervený e Berthoud, 1997). Esse cuidado deve se iniciar desde a infância, pois, segundo a teoria filogenética, a criança nasce com determinada predisposição em relação à comportamentos relacionados ao gênero, porém essa é fortalecida ou não pela influência exercida pelo meio em que vive (Wanderlind, Martins, Hansen, Macarini, Vieira, 2006).

Apesar de o homem apresentar predisposição para determinados comportamentos, a paternidade também é um processo a ser vivido e apreendido. Da mesma forma que o homem precisa aprender como fazer seu trabalho, necessita também aprender a desempenhar seu papel como pai. Essa nova função que deve exercer começa a ser internalizada desde cedo, na sua infância, a partir da identificação com seu próprio pai, com as brincadeiras de faz-de-conta ou ainda ajudando a cuidar do irmão caçula ou de algum animal de estimação.

A partir de sua pesquisa com crianças, esses autores perceberam que as atividades de faz-de-conta e de desenvolvimento afetivo são desenvolvidas com maior frequência pelas meninas, enquanto os meninos preferem brincadeiras turbulentas, realísticas, e que reproduziam o mundo técnico. Isso demonstra que as meninas se preparam com maior antecedência para a maternidade, brincando constantemente de casinha, além de normalmente serem indicadas pelo casal a tomar conta dos irmãos menores.

Pode-se perceber que a paternidade é um processo que começa desde a infância, e que tem seu auge no momento em que o homem torna-se pai, mas continua com as constantes aprendizagens que se fazem necessárias, conforme o momento em que a família se encontra.

### 3.2.2. História da paternidade

Para entender um pouco melhor o lugar que o pai ocupa na sociedade contemporânea, necessita-se apreender o processo que se deu para isso, pois, assim como a família vem sofrendo transformações no decorrer dos anos, também o papel do pai dentro desse grupo tem se modificado (Lamb, 1997). O comportamento paterno está mudando. Ele está deixando, aos poucos, de ser detentor do poder, característica da postura patriarcal mais tradicional (Abramovitch, 1997; Bolli, 2002), para tomar uma postura mais ativa, assumindo a divisão do cuidado da prole (Coelho, 2005a)<sup>8</sup>.

Durante muitos anos, o pai cumpriu as funções impostas pelas normas sociais: provedor e disciplinador da família, ensinando e impondo respeito. À mãe era atribuído o papel de dona de casa e de cuidadora dos filhos, ao tempo que o pai aparecia como quem detém o poder, cobrando da mulher obediência e tendo seus filhos como suas propriedades (Abramovitch, 1997; Osório e do Valle, 2002; Coelho, 2005a). Em contrapartida, Pleck e Pleck (1997) afirmam que, mesmo não assumindo os cuidados pelos seus filhos, o pai patriarcal encontrava-se sempre por perto fazendo cumprir as regras e a disciplina na família. Essa maior presença permitia ao pai a participação ativa no contexto familiar, exercendo sua influência na educação da prole.

Pleck e Pleck (1997), além de considerarem o modelo patriarcal, distinguem mais dois exemplos de paternidade: o pai moderno e o co-parental<sup>9</sup>. O primeiro é um pai inserido num contexto hodierno em que se faz necessária a saída do homem do lar para trabalhar e prover o sustento da família. O segundo é um pai que, devido às necessidades

---

<sup>8</sup> Muitos são os movimentos que estão dando ao homem um papel mais ativo no cuidado com os filhos, por exemplo, o Instituto PAPAI que centra seus estudos sobre o homem e a masculinidade. O instituto possui uma página na *Internet* na qual se podem encontrar inúmeros textos que colocam o homem como objeto de estudo. Mais informações podem ser acessadas diretamente no *site*: [www.papai.org.br](http://www.papai.org.br).

<sup>9</sup> O termo utilizado pelo autor é: “co-parents” referindo-se a um pai mais cooperativo, que assume responsabilidades equivalentes às maternas.

exigidas pela sociedade contemporânea, conhece suas responsabilidades e tem consciência de sua influência na criação dos filhos mesmo que trabalhe e não tenha muito tempo.

O pai moderno é um homem que perde seu espaço no núcleo familiar pelo fato de permanecer significativamente menos tempo dentro de casa. Neste momento, ele passa a assumir unicamente a responsabilidade de prover o sustento do lar e oferecer apoio à sua companheira, deixando ao seu cuidado o que se refere ao âmbito doméstico – cuidado e criação dos filhos e a manutenção do lar (Barbosa, 1996). Dessa forma, a mulher permanece em casa com os filhos enquanto o homem, garantindo o sustento, afasta-se afetivamente do lar ganhando em troca o reconhecimento social e financeiro e a submissão dos seus dependentes. Ao adotar esse papel de controlador da situação, o pai é levado a assumir uma postura mais racional, objetiva e neutra (Coelho, 2005a).

O reconhecimento social encontra-se, neste momento, intrinsecamente ligado à masculinidade. Segundo Gomes e Resende (2004), ter um filho representava (e ainda representa) a virilidade, a potência sexual e a capacidade de procriação do homem. A paternidade era o cumprimento de uma imposição social, uma prova de masculinidade e a perpetuação do sangue e do nome da família.

(...) há uma estreita ligação entre paternidade e masculinidade na maioria das sociedades. A paternidade pode ser entendida como uma maneira de inserção dos homens na sociedade a qual pertencem e como parte da construção de suas próprias identidades: homem, masculino e pai são atribuições que inserem e definem os padrões de comportamento a serem seguidos (Bandeira, Goetz, Vieira e Pontes, 2006, p. 202).

No entendimento de Abramovitch (1997), tal comportamento se deve a uma confusão existente entre masculinidade e natureza<sup>10</sup>. Uma postura masculina mais madura,

---

<sup>10</sup> O autor refere-se à natureza como sendo a imagem do homem selvagem, isto é, um homem brutal, patriarcal e sexualmente abusivo.

que se contrapõe à mencionada, em que o filho representa sua virilidade, seria a de um pai amável, que ama e se deixa ser amado.

Esse estereótipo do comportamento masculino frente à paternidade (poder, provimento, disciplina, masculinidade) parece estar começando a se transformar. A imagem do pai vem sofrendo uma mutação, pois a família e a sociedade também se encontram em processo de transformação, como o aumento da entrada da mulher no mercado de trabalho, a família centrada na criança (Lewis e Dessen, 1999; Silva, 2003a; Dantas, Jablovski, Féres-Carneiro, 2004), e necessitam que o pai comprometa-se mais com sua prole. Além disso, segundo Gottman e DeClaire (1997), o distanciamento afetivo do pai em relação ao lar com o objetivo de prover a família acaba por tornar sua jornada sem sentido, uma vez que passa a sustentar uma família que fica cada vez mais afastada de seu convívio.

Assim, a sociedade ocidental vive um momento em que cada vez mais a mulher precisa e deseja se inserir no mercado de trabalho e, conseqüentemente, necessita de ajuda para cuidar da casa e dos filhos (Brazelton, 1994; Coelho, 2005a). O poder de compra diminuiu e, por esse motivo, para a manutenção de uma família nos padrões tradicionais, é preciso que tanto o homem quanto a mulher trabalhem (Gottman e DeClaire, 1997). Concomitantemente a isso, existe o fato de o número de homens desempregados estarem aumentando enquanto as mulheres vêm conquistando cada vez mais seu espaço profissional, o que afeta diretamente o desempenho no papel de provedor (Ribeiro, Sabóia, Branco e Bergman, 2000).

Dessa forma, o pai encontra-se impelido a dividir as tarefas domésticas com sua esposa, incluindo a responsabilidade da criação e do cuidado dos filhos que eram atribuídos exclusivamente à mãe (Lewis e Dessen, 1999; Coelho, 2005a). Este é o chamado pai co-parental (Pleck e Pleck, 1997) ou pai contemporâneo.

A idéia de o pai tornar-se mais participativo, que divide igualmente as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos com sua parceira, já existe há muito, porém há pouco tempo ela vem, lentamente, tornando-se prática na vida de algumas famílias (Lewis e Dessen, 1999; Castoldi, 2002). Parece que o discurso de um pai mais ativo no âmbito doméstico está muito mais avançado do que o que realmente acontece na prática. Apesar de há algum tempo a mulher estar inserida no mercado de trabalho, dividindo as despesas do lar com seu marido, ela acaba por assumir uma dupla jornada, cuidando, paralelamente ao seu trabalho, do lar e dos filhos.

No entanto, o homem vem adentrando cada vez mais na vida da família e de seus filhos. Exemplos dessa maior participação do pai na vida da criança são vistos hoje nos homens que lutam pela guarda de seus filhos exigindo ao menos a guarda compartilhada após a separação conjugal (Silva, 2003b), ou nos que se engajam em salvar a vida de seu bebê prematuro realizando a “mãe canguru” ou “pai canguru” (Toma, 2003; Caetano 2004), entre tanto outros exemplos. Isso demonstra uma valorização do pai dentro do convívio familiar, no qual ele deixa de ser simplesmente “provedor da família” para tomar um lugar mais afetivo, em que “as funções do cuidado e do sustento dos filhos estão sendo exercidas com mais igualdade” (Coelho, 2005a, p.214).

Porém, segundo Castoldi (2002) e Bolli (2002), apesar de as tarefas domésticas e de a criação dos filhos estarem sendo estabelecidas com essa maior igualdade, a presença do pai no que se refere aos cuidados exercidos aos filhos ainda deixa a desejar. As autoras afirmam que o pai tem se envolvido mais com a criança, mas principalmente com atividades lúdicas e recreativas, ficando ao encargo da mãe o cuidado efetivo da criança. Também em pesquisas com animais foi constatado que, na maioria destes, o macho tende a despender mais tempo com comportamentos de brincar do que a fêmea, e que o pai experiente (com mais de uma ninhada) tende a auxiliar mais a fêmea no cuidado da prole



(Sartório e Vieira, 2002, Viera, 2003, e Piovanotte Viera, 2004). Além disso, a idealização da mãe no papel de criar os filhos foi pregada durante tantos anos que o próprio pai confere ela maior importância para o desenvolvimento de seu filho (Castoldi, 2002).

Percebe-se, contudo, que os casais mais jovens e com maior nível educacional tendem a distribuir as tarefas com maior igualdade (Trindade, Andrade e Souza, 1994; Lewis e Dessen, 1999; Silva, 2003a; Coelho, 2005a). Isso demonstra que, aos poucos, a mentalidade de que a criação dos filhos é papel da mãe vem mudando não só nos homens, bem como também nas próprias mulheres que começam a dar mais espaço e liberdade para seus maridos interagirem com suas proles. Lewis (1997) afirma ainda que mães com maior autonomia tendem a envolver mais seus maridos nos cuidados da criança.

Não se pode desconsiderar que o homem tem assumido um pouco mais sua função de cuidador, permanecendo com a criança ao menos quando a mãe não se encontra disponível (Lewis e Dessen, 1999). Essa maior permanência produz maior vínculo entre pai e filho.

O tempo que o pai despense com seu filho – biológico ou não – é resultado do desenvolvimento cultural e da qualidade da relação com sua esposa (Anderson, Kaplan, Lam, Lancaster, 1999; Maridaki-Kassotaki, 2000). Segundo Prado e Vieira (2003), com base numa revisão da literatura, afirmam que a mãe interfere na maneira de como o pai se comporta em relação aos filhos, comprovando a ligação dos cuidados parentais com a vinculação sexual.

Além disso, Lewis e Dessen (1999) destacam que a maior participação do pai encontra-se em relação ao número de horas que este permanece no seu emprego e, conseqüentemente, em casa com a família. Isso revela que o pai precisa de tempo para construir sua paternidade.

### **3.2.3. Construção da paternidade**

Como discutido anteriormente, a paternidade é uma função a ser aprendida (Castoldi, 2002). Boa parte dessa construção é reflexo da figura paterna que serviu de referência a esse homem (Gomes e Resende, 2004). Pleck e Pleck (1997) concretizam essa idéia ao afirmar que o pai exerce um papel que lhe foi ensinado e que reflete o pai patriarcal.

Cabe ao pai conscientizar-se de que o período de gestação de uma criança é muito mais do que um tempo de espera pela formação de um novo indivíduo, é também a gestação de novos papéis: o papel de mãe e de pai. A gravidez funciona como um período de adaptação e preparação para novos papéis que deverão ser assumidos frente à chegada do bebê.

A função e o vínculo que o pai estabelece com a criança se iniciam durante a gravidez, com expressivos envolvimento, emocionais e comportamentais (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge, 2004). Estes autores descrevem, em seus estudos sobre o pai no período gestacional, que os progenitores manifestam seu envolvimento a partir: da preocupação e da ansiedade com a gravidez, com o bebê e com a sua chegada ao ambiente familiar; do apoio material e emocional prestado à gestante; da sua participação em diversas atividades relativas à gestação como consultas pré-natais, grupos de pais, preparação do quarto do bebê, etc; e a partir da sua interação com o bebê em conversas e carinhos com a barriga da mãe. Esses comportamentos se dão de forma semelhante independentemente da idade dos homens (Piccinini e Levandowski, 2002).

Andreani (2006), em seus estudos realizados com vinte homens que viviam a primeira gestação de sua companheira, também contribui para a compreensão do pai nesse período de gravidez. A autora constatou que: independentemente do planejamento da gravidez, o pai apresenta sentimentos de medo e insegurança em relação à paternidade e

isso não necessariamente interfere no seu envolvimento com a gestação; a gravidez traz mudanças na relação conjugal e nas prioridades de vida, incluindo maior atenção e união com a esposa, queda na intensidade sexual e mudanças na imagem que faz da mulher; o pai se depara com dúvidas quanto à capacidade de cuidar do bebê, quanto à instabilidade do comportamento da companheira e à atenção ao seu bem estar; o pai engaja-se na vida do filho desde a gestação, demonstrando carinho e preocupação com o mesmo e com o ambiente que o cerca; e os sentimentos quanto ao tornar-se pai são, em geral, positivos ao tempo que se sentem preparados para assumir a paternidade.

Percebe-se que o pai vem adentrando o universo até então feminino, participando de forma mais ativa da gravidez de sua companheira e assumindo seus medos e inseguranças frente ao novo. Ainda falta, porém, o engajamento dos profissionais de saúde na inclusão do pai desde o pré-natal, indicando-lhes possibilidades de auxiliar e interagir a esposa e o filho, sem excluí-lo desse fenômeno maternidade/paternidade (Couto, s/d).

O parto é outro lugar no qual o homem tem conquistado seu espaço, participando do momento do nascimento e dos primeiros cuidados com o bebê, bem como auxiliando e apoiando a esposa em sua vinculação mãe-bebê.

Os pais relatam que sentem uma enorme euforia na sala de parto (...). Esse tipo de experiência, compartilhada com a mãe, é a consumação positiva de toda a espera, de todas as dúvidas e de todo o auto questionamento sobre o fato de um homem poder ou não tornar-se verdadeiramente um pai (Brazelton, 1994, p.515).

Motta e Crepaldi (2005) buscaram, em sua pesquisa, caracterizar o apoio emocional oferecido pelo companheiro à mulher em trabalho de parto. As autoras constataram que a parturiente considera a presença do parceiro uma referência emocional importante e o apoio emocional fornecido é influenciado pela disponibilidade e conhecimento acerca do parto pelo companheiro.

Segundo Carvalho (2003), a participação no parto, além de fornecer suporte psicossocial à gestante, contribui no sentido de existir um compartilhamento da experiência do casal e de cooperar na formação do vínculo pai-bebê. Storti (2004) acrescenta que a presença do pai no parto está relacionada à formação de um vínculo familiar e associado à confiança e tranquilidade para a parturiente. Ambos os autores, porém, frisam a necessidade de se questionar a entrada do pai como o acompanhante ideal do parto, pois isso, muitas vezes, não respeita as diferenças culturais existentes nas famílias ou, ainda, impõe sobre o pai uma função a qual não está preparado para desempenhar.

Motta (2003) afirma, ainda, a importância de se considerar que o pai, embora exerça o papel de apoio emocional e cuidador da parturiente, encontra-se emocionalmente envolvido no processo. Assim, o lugar de cuidador não pode ser delegado exclusivamente ao acompanhante. Além disso, ele necessita ser orientado acerca de sua participação. O pai, da mesma forma que a mãe, precisa ser assistido e acolhido em suas dúvidas, medos e inseguranças. Segundo a autora, a atuação da equipe torna-se importante fonte de apoio ao acompanhante, possibilitando a ampliação e o desenvolvimento de atuações junto à parturiente. Quanto mais integrado for o trabalho da equipe e do acompanhante, maior a possibilidade de participação do mesmo.

A inclusão do pai no momento puerperal também se mostra importante para que a construção da paternidade não sofra rupturas e o vínculo pai-filho possa se tornar possível nesse momento tão propício para a construção dos laços afetivos entre pais e filhos (Klaus e Kennel, 1992). Os autores constatam que o pai que segura seu filho no colo desde os primeiros momentos de vida e auxilia nos cuidados desde a maternidade tende a realizar tais tarefas com mais frequência durante a vida do filho.

Também Castoldi (2002), a partir do acompanhamento de seis homens durante a gestação e o primeiro ano de vida, reforça que, nesse momento, o pai se envolve de modo

mais afetivo, engajando-se no relacionamento com a criança. A autora buscou definir o envolvimento paterno em três dimensões: acessibilidade, responsabilidade e engajamento. Dessa forma, pôde perceber que o pai continua pouco acessível devido às extensas jornadas de trabalho que tendem a aumentar frente à responsabilidade que sente em relação ao bebê e à nova família, assumindo, assim, o papel de provedor e perpetuando a divisão dos papéis homem-mulher, repetindo os modelos obtidos em sua infância. Percebeu, porém, que o pai deseja ser mais participativo e afetivo, engajando-se ao filho mesmo sem ter tido exemplo para isso.

O pai é considerado um cuidador em potencial, como demonstra Brazelton (1994) através de suas pesquisas. O ato de mostrar-lhe os comportamentos apresentados pelos bebês recém-nascidos (RN) produz um efeito positivo sobre eles que se demonstram ansiosos por conhecer o filho e, a partir disso, torna-se significativamente mais sensível aos choros do bebê, respondendo mais rapidamente aos comportamentos deste. O autor acredita que, ao se compartilhar com o pai o conhecimento sobre o recém-nascido nesse estimulante período inicial, a sensação que o pai tem da sua importância para com o seu bebê é reforçada, o que ele demonstra ao aprender a linguagem do filho. Parece que “(...) o homem precisa apenas de permissão para aprender suas novas funções” (p. 516).

Percebe-se que a paternidade, assim como a maternidade, precisa ser construída e, para isso, é essencial que o homem presencie e atue no desenvolvimento do filho superando o medo de errar e aprendendo, diariamente, a melhor maneira de cuidar da sua prole (Klaus e Kennel, 1992).

Beiras (2007) buscou, em sua pesquisa, investigar a negociação de sentidos sobre masculinidade e paternidade em camadas populares, com base em entrevistas livres realizadas com cinco jovens homens e seus pais. Dentre as constatações do autor, há a afirmação de que a mulher tem papel inevitável na construção dos sentidos de paternidade

e masculinidade, seja a partir da influência da mãe do sujeito na educação deste, ou a partir da companheira que o inclui ou exclui dos cuidados para com o filho.

Cabe à mãe do bebê permitir o envolvimento do pai, admitindo que a presença deste é importante e respeitando as diversidades, pois nela reside a riqueza do convívio com ambos os pais (Gottman e DeClaire, 1997). Além disso, Piccinini *et al.* (2004) afirmam que o pai sente grande dificuldade de se aproximar e interagir com a díade mãe-bebê.

Castoldi (2002) também ressalta a necessidade de se criarem oportunidades sociais do homem aprender a ser cuidador. “A sociedade precisa se reorganizar de forma a permitir que os homens sejam estimulados a desenvolver habilidades necessárias ao trato da criança” (p.245). Carvalho (2003) complementa salientando a importância de o pai ser incluído no processo como um todo, sendo incentivada sua participação no pré-natal, parto, pós-parto e nas consultas pediátricas, além da necessidade de serem formuladas políticas trabalhistas que permitam a inclusão do pai nos serviços de saúde.

A legislação vigente no Brasil, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho, estabelece que “maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes” (Lei nº4/84<sup>11</sup>, Artigos 164 e 169). Ela concede ao pai cinco dias para participar do nascimento de seu filho, enquanto a mãe recebe o direito da licença maternidade de noventa dias que, em 2000, foi alterada para cento e vinte dias (Lei nº 10.421<sup>12</sup>, Art. 392), podendo ainda ser prorrogada, caso haja alguma intercorrência referente à saúde do bebê (Brasil, 1988). Além disso, existe um projeto de lei que visa aumentar a licença maternidade para cento e oitenta

---

<sup>11</sup> Dados acessados no endereço eletrônico <http://www.apf.pt/leis/lei02.htm> (Anexo 1).

<sup>12</sup> Dados disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/2002/L10421.htm> (Anexo 2).

dias<sup>13</sup>. A possibilidade de o pai receber maior período de licença só acontece caso haja algum problema com a mãe puérpera.

Nota-se a prevalência da mãe nos cuidados do bebê sem que o pai possa realmente exercer papel mais igualitário, apesar da Constituição reservar equivalência nos papéis maternos e paternos, equiparando seus direitos e deveres quanto à manutenção e criação dos filhos.

São garantidas aos pais, em condições de igualdade, a realização profissional e a participação na vida cívica do País; Os pais são iguais em direitos e deveres quanto à manutenção e educação dos filhos (Brasil, 1984).

Existe, então, uma incongruência na própria Lei que determina a equivalência ao tempo que privilegia a mulher no cuidado do bebê recém-nascido. Isso demonstra a necessidade da Constituição adequar-se ao contexto contemporâneo incentivando uma divisão mais igualitária e reconhecendo a importância do pai no desenvolvimento da criança. Além disso, o Estado tem o dever de proteger a família e informar seus membros acerca de seus direitos:

Os pais e as mães têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação (...);

Incumbe ao Estado o dever de informar e divulgar conhecimentos úteis referentes aos direitos das mulheres grávidas, dos nascituros, das crianças e **dos pais**, designadamente através da utilização dos meios de comunicação social e da elaboração e difusão gratuita da adequada documentação (Brasil, 1984).

Infelizmente, o Estado priva principalmente os homens de seus direitos reprodutivos, pois prioriza a saúde da mulher e da criança a partir de programas de saúde voltados para esse público, como, por exemplo, com o programa de saúde materno-infantil

---

<sup>13</sup> Projeto de lei proposto pela Senadora Patrícia Saboya - <http://mulher.terra.com.br/interna>.

que negligencia o pai na sua parcela de participação no processo. Siqueira, Mendes, Finckler, Guedes, Gonçalves (2002 e 2003) reafirmam isso em suas pesquisas, constatando a dificuldade de se encontrar o pai nos Serviços de Saúde, ressaltando a necessidade de incluí-lo, principalmente quando se fala de saúde reprodutiva. Também Schraiber, Gomes e Couto (2005) concordam com essa obrigação.

Segundo Crepaldi, Andreani, Hammes, Ristof e Abreu (2006), a sensibilização dos setores de saúde e também os de educação é parte fundamental para a inclusão do pai na atenção às necessidades da criança. O fato de a mãe ser considerada a interlocutora principal nesses ambientes legitima as representações de que o pai é incapaz de cuidar das questões de seu filho, o que o coloca na posição de mero ajudante da mãe e provedor da família. Assim, o papel que o pai exerce na família e o modo que é representado em sua função são percebidos de diferentes formas.

#### **3.2.4. Percepção do papel pai**

A maneira de se perceber as relações, os papéis e os lugares que cada membro ocupa dentro da família pode ser distinta. Assim, entender a forma como cada um compreende o pai, seu lugar, seu papel na família e no desenvolvimento da criança é fundamental para a compreensão do homem-pai.

Orlandi (2006) buscou, em seus estudos, investigar os sentidos que o pai adolescente atribui à paternidade e à relação de cuidados demandados pelos filhos. A autora constatou que os adolescentes consideraram que sua paternidade havia sido muito precoce, já que esperavam ter maior estabilidade financeira e, em alguns casos, ter concluído os estudos. Mesmo assim, todos os participantes destacaram ter uma vinculação amorosa com seus filhos. Além disso, a autora destaca que os sujeitos entrevistados atrelaram a paternidade à educação e à proteção dos filhos, relacionando a paternidade ao estabelecimento de regras e limites.



Quanto aos cuidados dos filhos, Orlandi (2006) destaca que os dados corroboram com a literatura, pois os adolescentes atribuem ao pai maior responsabilidade pelo provimento, em consonância com a divisão de papéis em nossa sociedade que delegam ao pai o lugar de provedor da família. Os participantes se declaram disponíveis, mas apenas como coadjuvantes, deixando o papel de cuidador para a companheira. A autora ressalta ainda a valorização da mãe a quem é delegada maior responsabilidade pelo cuidado dos filhos.

Prado (2005), por sua vez, realizou um estudo tanto com homens quanto com mulheres com e sem filhos. A autora buscou identificar as diferenças existentes entre homens e mulheres no que diz respeito à percepção do papel de pai, percebendo que os participantes apresentam dificuldades em estimar o comportamento do pai atual.

Esse resultado combina com o momento de mudança que esse papel vem sofrendo no cotidiano. Beiras (2007), afirma que “o velho e o moderno convivem em algumas famílias, onde aspectos agora indesejáveis são suprimidos e outros permanecem fortes, ocorrendo uma mescla de ideais antigos e novos” (p.105). Hopfner (2004) destaca, em sua pesquisa, a importância de exemplos paternos na construção do ideal de pai. A autora constata que os meninos adolescentes participantes de sua amostra têm homens que desempenham papel de pai, direta ou indiretamente, como figuras de referência do modelo de pai. Dependendo dos exemplos paternos, é possível que surjam novas formas de se exercer a paternidade, sendo estes homens mais afetivos, participativos nos cuidados da prole e com uma nova forma de relacionamento entre os sexos.

Mesmo assim, Prado (2005) evidenciou, em sua pesquisa, que existem diferenças significativas na concepção de homens e mulheres sobre o que seja o comportamento ideal de um pai na sua interação com a criança, mas essas diferenças não se apresentam na percepção do comportamento real do pai. A autora ressalta ainda que a experiência de ter

filhos interfere na compreensão do ideal do comportamento paterno, sendo que participantes com filhos avaliam o comportamento do pai em todos os domínios de interação com a criança de forma mais positiva.

Essas diferenças também aparecem nas pesquisas de Castoldi (2002), Bolli (2002) e Crepaldi *et al.* (2006), nas quais as mulheres acreditam que o pai não faz o suficiente com os filhos enquanto os homens acreditam ser suficientemente participativos. Castoldi (2002) ressalta ainda que o nível de expectativa influi diretamente no contentamento ou descontentamento da mãe em relação ao pai. As mães com expectativas elevadas frustravam-se com o comportamento do pai, enquanto as mães que não possuíam tal expectativa demonstravam surpresa no trato do pai com o filho. A autora observa ainda que tais diferenças não influenciavam no grau de engajamento do pai com a criança, mas tornavam o convívio familiar mais agradável ou desagradável.

Longhi (2001), baseada em seu estudo com homens de classes economicamente menos favorecidas, afirma que o pai se percebe como sendo responsável por ensinar ao filho o valor do trabalho, transmitir a ele seus saberes e protegê-lo das adversidades que o cercam, mesmo quando pouco se encontra em casa. Esses resultados vão ao encontro daqueles encontrados na pesquisa de Bustamente e Trad (2005) com seis famílias com crianças pequenas, que constataram que o pai participa no cuidado da criança a partir da prevenção da integridade física, de cuidados corporais e da formação da moral. Dessa forma, pode-se dizer que o pai exerce uma função importante na educação dos filhos.

### **3.2.5. Função do pai no desenvolvimento infantil**

Antes de se iniciarem pesquisas sobre a influência do pai no desenvolvimento da criança, aquele era considerado relevante apenas como sendo modelo de masculinidade para esta. Esse modelo poderia ainda ser substituído por modelos sociais apresentados na mídia ou na observação de outros homens adultos.

A publicação do livro de Lamb (1997) “O papel do pai no desenvolvimento infantil” buscou quebrar essa idéia, objetivando demonstrar que o pai tem um papel importante no desenvolvimento infantil, que é freqüentemente relevante para a vida das crianças e pode afetar o curso do desenvolvimento infantil tanto de forma positiva, como negativa (Lamb, 1997).

(...) A vida da criança é altamente enriquecida quando há um pai emocionalmente presente, legitimador e capaz de confortá-la quando ela está triste. Da mesma forma, a criança pode ser profundamente prejudicada quando o pai é abusivo, excessivamente crítico ou emocionalmente frio (Gottman e DeClaire, 1997, p.171).

O homem pode assumir diferentes atribuições dentro do sistema familiar. Ele pode ser companheiro, provedor de cuidados, cônjuge, modelo, guia moral e profissional, professor, provedor financeiro. Cada uma dessas funções influi sobre o desenvolvimento da criança. Ao longo da história, o papel central atribuído ao pai é o de provedor econômico. Mesmo que assumindo somente essa função, ainda assim continuaria contribuindo para a criação e saúde emocional de suas crianças (Lamb, 1997).

Lamb (1997) ressalta ainda a importância de reconhecer o efeito indireto de influência paterna para o estudo do papel do pai no desenvolvimento infantil; e a percepção de que pai e criança fazem parte de um sistema social complexo (a família) no qual cada pessoa afeta a outra, direta ou indiretamente.

O pai também interfere na qualidade da dinâmica familiar ao se envolver no trabalho doméstico aliviando a carga de trabalho da mãe e assim contribuindo para o fortalecimento da relação mãe-filho, o que é, até certo ponto, essencial para o desenvolvimento da criança. Em contrapartida, o pai possui papel fundamental na quebra dessa relação simbiótica entre mãe e filho, auxiliando a criança no momento em que esta precisar se tornar independente (Brazelton, 1994).

Brazelton (1994) afirma que muitos estudos, inclusive o realizado por ele, avaliam o envolvimento cada vez maior do pai com o cuidado dos filhos e sua importância para o desenvolvimento da criança. As pesquisas

(...) apontam para os ganhos em termos de desenvolvimento do bebê. [QI, humor, atenção, vontade de aprender] (...). Estes estudos mostram que o pai acessível aos filhos enriquece a imagem que eles fazem de si mesmos, e também dão a entender que esse envolvimento paterno contribui para a maior estabilidade do apoio familiar dado à criança (Brazelton, 1994, p.513).

Gottman e DeClaire (1997) apresentam pesquisas que demonstram que crianças com um bom pai presente tendem a apresentar melhor rendimento escolar, maior facilidade de formar vínculos de amizade com seus colegas, maior controle de emoções (como medo e ansiedade), além de conseguir passar de forma mais rápida de atividades agitadas para outras mais tranquilas.

Muito da qualidade da interação do pai com seu filho depende da sua relação com a mãe da criança (Lewis, 1997) e vice-versa (Anderson *et al.*, 1999). Assim, a relação pai-criança e pai-mãe influenciam-se mutuamente, o que confirma a importância de se olhar o pai e seu desempenho dentro do complexo contexto que é a família.

Vale ressaltar que os cuidados administrados pelo pai para com seu filho não são necessariamente iguais aos ministrados pela mãe. Esses cuidados são qualitativamente diferentes e podem somar-se um ao outro promovendo ainda melhores níveis de desenvolvimento (Lewis, 1997; Crepaldi *et al.*, 2006), independentemente do tipo de configuração familiar à qual pertença a díade pai-criança. Gottman e DeClaire (1997) corroboram com a ideia afirmando que o pai exerce influências que propiciam o desenvolvimento de competências diferentes das da mãe, principalmente na área de relações sociais. O fato de o pai exercer mais atividades de brincar com o filho permite à

criança o seu desenvolvimento motor e social. Além disso, a interação lúdica pode auxiliar a criança na aprendizagem da inibição da agressividade (Vieira e Sartorio, 2002).

É importante pensar no bem do bebê, pois, independentemente ao tipo de configuração familiar à qual pertença a díade pai-criança,

o que eles [os bebês] realmente precisam é de um sentimento de que os pais participam intensamente de suas vidas, além da constatação de que o ambiente em que vivem não está saturado de tensões (Brazelton, 1994, p. 514).

### **3.3. Prematuridade**

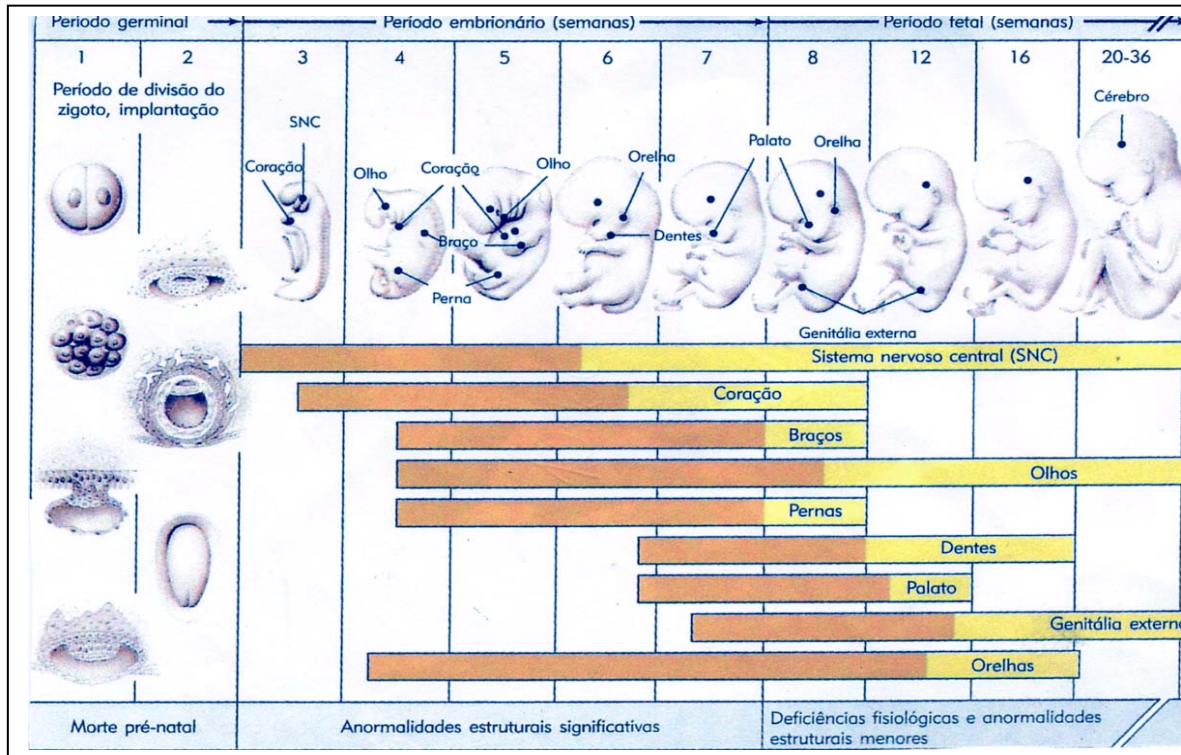
Um bebê é considerado prematuro (PMT) quando nasce antes da 37ª semana (Linhares, Carvalho, Padovani, Bordin, Martins e Martinez, 2004). Existe, porém, a necessidade de se fazer distinção entre a prematuridade em si e o Retardo de Crescimento Intra-Uterino (RCIU), já que os dois se encaixam na definição de prematuridade da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual se inclui o conjunto de crianças nascidas com peso inferior a 2500 gramas (Marcelli, 1998).

Tal diferenciação se faz importante, pois os dois têm conseqüências diferentes no desenvolvimento do bebê. O prematuro é aquele que nasce antes do término da gestação enquanto o RCIU nasce a termo, mas apresenta defasagem significativa de peso em relação à sua idade gestacional. Nos bebês RCIU, as seqüelas aparecem com muito mais freqüência (Marcelli, 1998). No presente estudo, consideraram-se apenas as crianças nascidas antes de completar as 37 semanas de gestação.

#### **3.3.1. As etapas do período gestacional**

Para se entender as conseqüências de um nascimento pré-termo, é preciso conhecer o desenvolvimento a termo do bebê na gestação. Uma gravidez normal varia entre 37

(trinta e sete) e 42 (quarenta e duas) semanas de gestação. A Figura 2 ilustra o que ocorre nos períodos germinal, embrionário e fetal.



**Figura 2: Os períodos críticos do desenvolvimento (Cole e Cole, 2003, p. 124)**

Nas primeiras duas semanas, as células vão se multiplicando, agrupando e crescendo no útero. É o chamado “Período Germinal” (Cole e Cole, 2003). A partir da terceira semana de gestação, começa o “período embrionário” (Cole e Cole, 2003) e, nas semanas subseqüentes, inicia-se a formação do sistema nervoso central, da cavidade cardiovascular, dos músculos e ossos. Até o final da sétima semana (final do período embrionário), o embrião já está do tamanho de um grão de feijão, com um início da formação das características faciais e com os batimentos do coração. Também o intestino e o pâncreas se encontram em formação.

O último período é denominado de “período fetal” que vai da oitava semana até o final da gestação. Nessa fase, o bebê passa por um processo de amadurecimento gradual de seus órgãos que vão se especificando (Cole e Cole, 2003).

Entre a oitava e a vigésima semana, o bebê cresce inacreditavelmente. O tronco do corpo do feto fica um pouco mais alongado e reto e se desenvolvem o nariz, os ouvidos e as orelhas. Também os braços e as pernas se alongam nesse período, e o corpo do bebê vai tomando aparência humana. Até o final da vigésima semana, o bebê já apresenta todos seus sentidos desenvolvidos. Nesta semana, o bebê deve estar com aproximadamente 260g (duzentos e sessenta gramas).

Da vigésima a vigésima quinta semana, o bebê já se apresenta com uma aparência muito semelhante com a que terá ao nascer, porém ainda bastante pequeno e magro. Nesse momento, formam-se os lábios, os olhos, as pálpebras e os ouvidos. Da vigésima sexta à trigésima semana, o feto passa a praticar seus primeiros movimentos respiratórios (mesmo sem a presença de ar) e começa a responder aos toques na barriga. O bebê começa a ganhar mais peso, abre os olhos, vira a cabeça e pode até seguir com os olhos o movimento de uma luz forte. Ao final da trigésima semana, ele está com aproximadamente 1360g (mil trezentos e sessenta gramas) e sua medida é de 38cm (trinta e oito centímetros).

Da trigésima primeira a trigésima sexta semana, os pulmões e o aparelho digestivo do bebê estão prontos. O seu crescimento diminui de ritmo, mas o seu peso continua a aumentar. Os membros do bebê tomaram formas mais macias, e o seu corpo é proporcional ao tamanho de sua cabeça. Ele já está mais parecido com um recém-nascido. O bebê começa a se posicionar para o parto, seu peso é de aproximadamente 2750g (dois mil, setecentos e cinquenta gramas) e sua medida total é de 46cm (quarenta e seis centímetros). A partir do final da trigésima sétima semana, o bebê encontra-se pronto para nascer, podendo o nascimento variar entre a trigésima sétima e a quadragésima segunda semana.

Pode-se perceber que, dependendo da semana gestacional que o bebê pré-termo<sup>14</sup> nascer, o organismo ainda estará em desenvolvimento fetal (Cole e Cole, 2003). Assim, quanto menor o tempo de permanência no útero materno, maior a imaturidade dos órgãos e sistemas do bebê e, conseqüentemente, maior os fatores de riscos bio-psico-sociais.

### **3.3.2. Riscos Bio-psico-sociais**

Entende-se por risco uma probabilidade de apresentar problemas (bio-psico-sociais). Já os fatores de risco são um ou mais eventos que aumentaria a probabilidade de a criança apresentar resultados negativos no seu desenvolvimento (Pesce, Assis e Santos, 2004) podendo estes ser de ordem física, social ou emocional.

Uma criança será considerada em situação de risco quando seu desenvolvimento não ocorrer de acordo com o esperado para sua faixa etária e sua cultura (Rutter e Sroufe, 2000). Segundo os autores, os riscos podem ocorrer devido a características individuais e do meio, abarcando as relações que se estabelecem entre eles. Incluem-se na relação de possíveis fatores de risco: prematuridade, sofrimento neonatal, patologias, separações precoces, violência doméstica, culpa, descontrole emocional, isolamento social, separação parental, desentendimento crônico, alcoolismo, doença crônica, particularmente de um genitor, casal incompleto, morte de ente querido, descontrole emocional, falta de responsabilidade, falta de diálogo, miséria socioeconômica, situação de migrante, guerras, etc. (Pinheiro, 2004).

A prematuridade está entre os fatores de risco ao desenvolvimento da criança. Dessa forma, a principal preocupação da equipe médica frente ao RN prematuro é promover, de modo menos traumático possível, a conclusão do processo iniciado no ventre materno (Martinez, 2004). Segundo Bittar (2001), o nascimento prematuro e de baixo peso

---

<sup>14</sup> É considerado pré-termo o bebê que nasce antes das 37 semanas de gestação, enquanto o bebê a termo nasce após este período – entre 37 e 42 semanas – estando então maduro para o nascimento.



é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. A chance de morte é quarenta vezes maior do que num recém-nascido a termo, e, quando com o peso inferior a 1500g (mil e quinhentos gramas), o risco de apresentar complicações é vinte vezes maior.

O nascimento pré-termo traz à criança o risco biológico, já que ainda não se encontram completamente formados. Mesmo os bebês nascidos a termo podem apresentar dificuldades para coordenar a sucção, a deglutição e a respiração nos primeiros dias após o parto. Essas dificuldades, porém, são normalmente mais sérias em bebês prematuros. Sua coordenação pode ser tão deficiente que eles não apresentam a capacidade de se alimentar diretamente do peito ou da mamadeira, de forma que se torna preciso o uso de um equipamento especial para suprir essas necessidades fisiológicas (Cole e Cole, 2003).

A dificuldade de se alimentar é agravada com o fato de o sistema digestivo do bebê ainda estar imaturo e, portanto, não conseguir sintetizar fórmulas alimentícias como as composições dos leites em pó especiais para os bebês. Além disso, segundo as descobertas de Camelo e Martinez (2005), a partir de seus estudos sobre os dilemas nutricionais no pré-termo extremo, as práticas de alimentação estabelecidas influenciam o desenvolvimento, não só de forma imediata como também em longo prazo. Assim, um dos problemas que circunda a prematuridade é a dificuldade quanto ao ganho de peso, o que, em contrapartida, numa gestação a termo, ocorreria com maior facilidade.

Outro fator que dificulta a sobrevivência do bebê é a imaturidade do pulmão. O RN pré-termo necessita, muitas vezes, de ventilação mecânica, pois é freqüente a interrupção abrupta do fluxo de ar pelas vias respiratórias. As apnéias podem acontecer a qualquer momento, sejam em decorrência da cessação dos movimentos respiratórios, da obstrução das vias aéreas impedindo a passagem de ar, ou da associação das duas (Brasil, 2006).

Além disso, o bebê nascido pré-termo é um homeotérmico imperfeito. Ele não apresenta capacidade de manter sua temperatura, ganhando ou perdendo-a com muita

rapidez (Brasil, 2006). Devido a isso, faz-se necessário que o recém nascido permaneça na incubadora, a qual tem a função de proporcionar maior estabilidade térmica. Decorre disso a necessidade de o RN ficar internado já a partir do primeiro dia na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) (Linhares *et al.*, 2004).

Ao mesmo tempo em que a UTIN propicia a sobrevivência do bebê, nela são exercidos procedimentos que, apesar de propiciar a vida, são sentidos de forma invasiva que estressam e expõem o neonato a estímulos dolorosos (Linhares, Carvalho, Correia, Gaspardo e Padovani 2006). Frequentes coletas de sangue, aspirações e sucções, intubação para ventilação mecânica, tratamento de infecções, exposição à luz para o tratamento de icterícia, entre outros procedimentos de rotina na internação neonatal são eventos que afetam diretamente o desenvolvimento do bebê, haja vista o seu sistema nervoso ainda incipiente (Linhares *et al.*, 2006). A dor é companheira fiel do prematuro em todas as intervenções, assim como o excesso de estímulos. Esse estresse pode ter significativa relevância quanto à formação do sistema nervoso, ocasionando alterações a longo prazo no desenvolvimento e no comportamento da criança. Percebe-se, portanto, que riscos fisiológicos estão diretamente relacionados a riscos psicossociais.

O fato de o bebê permanecer internado, em incubadora, muitas vezes com inúmeros fios e canos ligados a ele, influi ainda na interação da família com a criança que parece tão frágil e desprotegida. A UTIN é um cenário muito familiar para profissionais da saúde que nela atuam, mas os pais percebem-na como um ambiente assustador, intimidante e ameaçador. Dessa forma, ao verem seus bebês doentes, cheios de aparelhos, estes apresentam dificuldades de reconhecê-lo como seu filho (Lamy *et al.*, 1997). “Ao entrar no contexto da prematuridade, os pais começam a elaborar e a construir os significados do que ocorreu com eles no parto e com a criança que nasceu” (Caetano *et al.*, 2005), afinal esta

criança não se parece com a idealizada durante o período de gestação, ou seja, o bebê prematuro não é o bebê esperado.

Durante o período gestacional, é normal que o pai e a mãe façam uma imagem mental de como será seu bebê. Eles imaginam um bebê gordinho, ativo, alegre que responde aos pais desde o nascimento. Porém, ao nascer, eles precisam comparar o bebê imaginário com o bebê real. Esse confronto se torna maior quando o bebê real é pequeno, frágil e não responde aos estímulos da mesma forma que um nascido a termo. Os pais experimentam sentimentos ambivalentes frente ao RN. Linhares, Carvalho, Bordin, Chimelo, Martinez e Jorge (2000) afirmam a importância da presença de alguém da equipe que possa dar suporte ao casal, ajudando-os a aceitar o bebê real, tão diferente do imaginário. Além disso, segundo Lamy *et al.* (1997), os pais, muitas vezes, sentem dificuldades de reconhecer o bebê doente como seu filho esperado durante toda a gestação.

Na pesquisa realizada por Linhares *et al.* (2000) com mães de RN prematuros, em crianças de 8 (oito) a 10 (dez) anos nascidas prematuras e com crianças nascidas a termo, foi constatado que as mães mostram-se preocupadas com a sobrevivência e a evolução de seus bebês, com a separação devido a internação na UTIN, sentimentos de incompetência em desempenhar seu papel, alívio/esperança em relação à sobrevivência e às condições de saúde, o desejo de alta hospitalar, culpa relativa às condições adversas antecedentes ao nascimento e frustração de suas expectativas relacionadas ao bebê imaginário.

Também o pai é acometido por um turbilhão de sentimentos que se mesclam e o invadem quando nessa situação. Na pesquisa de Tronchin e Tsunehiro (2006), com 6 (seis) pais (homens) de bebês prematuros, são relatados sentimentos de vazio por deixar o filho no hospital, solidariedade, crença em Deus, contínuo aprendizado de cuidar do filho e aquisição da responsabilidade pela paternidade.

Diante do quadro instaurado, os progenitores temem pela capacidade de cuidar da criança (Caetano *et al.*, 2005), além da dificuldade de vincular-se a ela (Marcelli, 1998). Assim, segundo Caetano *et al.* (2005), o casal passa por três momentos para aceitar a situação de prematuridade: “identificando o filho como prematuro”, “passando pelo impacto” e “temendo pelo filho prematuro”. Além disso, eles relatam a experiência de sair do hospital “sem bebê e sem barriga” como uma sensação extremamente frustrante e negativa (Braga e Morsch, 2003).

Outra questão relacionada a esse momento é a culpa e o desamparo das mães que não puderam levar sua gestação a termo. Tais mães expressam dificuldades em enfrentar o ambiente neonatal, e medo de tocar/machucar e de perder seu bebê (Feijó, 1998). As dificuldades tocantes à angústia e à culpabilidade dos pais face à reação dos bebês podem, segundo Feijó (1998), encontrar uma solução numa ajuda psicológica e numa orientação quanto às particularidades do desenvolvimento do bebê pré-termo.

Todas as intercorrências que se dão já nos primeiros dias de vida do bebê nascido pré-termo interferem diretamente na formação do vínculo e do apego entre o casal e seu bebê. Almeida, Tashibana, Ule, Fernandez (2003) afirmam que as mães dos prematuros, por verem seus filhos como excessivamente frágeis, assumem uma postura cautelosa e menos espontânea evitando a manipulação de seus bebês.

Essa postura de medo e cautela frente ao filho prematuro traz conseqüências para o desenvolvimento da criança. A mãe passa a ver o bebê como um ser frágil que necessita de mais cuidados e cria a fantasia de que seu bebê não se desenvolverá da mesma forma que a criança nascida a termo (Linhares *et al.*, 2000; Carvalho, Linhares e Martinez, 2001; Klein e Linhares, 2006).

(...) A insegurança gerada nesta etapa (de hospitalização) pode perdurar, interferindo no cuidado à criança no curso de seu desenvolvimento. Pode dificultar a implementação de

práticas educativas eficientes que preparem a criança para o enfrentamento das demandas do meio e desafios impostos pelas diferentes tarefas evolutivas (...) (Linhares *et al.*, 2000, p. 69).

A pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2001), com 20 (vinte) crianças de 8 (oito) a 10 (dez) anos, nascidas pré-termo e muito baixo peso (MBP)<sup>15</sup> comparadas a 20 (vinte) crianças controle nascidas a termo, constatou que o fato de a criança prematura apresentar agarramento ou apego exagerado à mãe pode estar vinculado à relação da díade. A mãe pode não estar propiciando um desenvolvimento que leve ao enfrentamento das adversidades do meio e à conquista do processo evolutivo dentro de cada etapa desenvolvimental. A pesquisa revela ainda que, apesar do estigma de vulnerabilidade<sup>16</sup> que a criança carrega, não existem indícios significativos do comprometimento do processo de aprendizagem e desenvolvimento dessas crianças quando comparadas ao grupo controle.

Os problemas encontrados no grupo MBP parecem estar mais relacionados à interação da criança com seu ambiente de desenvolvimento e aprendizagem do que ao fator de risco biológico em si. Pode-se especular deste modo que fatores ambientais, contemporâneos, e não apenas a vulnerabilidade neonatal, podem estar potencializando os problemas identificados (Carvalho *et al.*, 2001, p. 14).

As constatações são re-apresentadas na pesquisa que buscou avaliar o impacto do nascimento de bebês extremamente prematuros. A partir de amostras constituídas por mães de RN pré-termo com MBP, crianças de 8 (oito) a 10 (dez) anos nascidas prematuramente e com MBP, e com crianças nascidas a termo com peso superior a 2500g (dois mil e quinhentos gramas), Linhares *et al.* (2000) constataram que crianças nascidas prematuramente e com peso abaixo de 1500g (mil e quinhentos gramas) constituem-se

---

<sup>15</sup> O bebê pode ser considerado prematuro (PTM), prematuro de baixo peso (PTM/BP) ou prematuro de muito baixo peso (PTM/MBP). O PMT é o que nasceu antes das 37 semanas de gestação, mas tem seu peso dentro do esperado para a sua idade gestacional (IG). O PTM/BP tem peso abaixo do esperado para sua idade gestacional, mas superior a 1500g. Já o PTM/MBP tem peso inferior a 1500g.

<sup>16</sup> Bebês prematuros são considerados vulneráveis por se encontrarem expostos involuntariamente a situações de risco que podem comprometer o seu desenvolvimento.

num grupo de risco, podendo ser identificados sinais de vulnerabilidade, porém com sinais de resiliência<sup>17</sup> às dificuldades apresentadas no início da vida. Isso afirma a necessidade de se ter precaução com o presságio linear e determinista entre a prematuridade e o desempenho futuro da criança.

A pesquisa dos autores citados demonstrou ainda que os altos índices de deficiência mental não são confirmados, pois os principais indicadores de problemas no grupo estudado concentram-se mais em aspectos comportamentais, emocionais e acadêmicos do que propriamente no intelectual. A maioria das crianças apresentou nível intelectual na média, porém indícios sugestivos de problemas de comportamento como, por exemplo: agitação, impaciência, inquietação, agarramento à mãe e recusa escolar. Os autores acreditam que os resultados se devem à maneira como se dá a interação da mãe com o bebê e das crenças que estas estabelecem em relação ao filho, pois, segundo eles, as mães alimentam a crença de que devem poupar a criança de qualquer restrição, pois consideram que esta já sofreu o suficiente, ampliando a dificuldade de estabelecer regras e limites essenciais para a educação da criança.

Estabelece-se um excesso de tolerância ao comportamento da criança, muitas vezes gerando problemas de comportamento. Não é dada a oportunidade à criança do aprendizado de adiar gratificações, tolerar situações de espera e de frustrações. O excesso de tolerância e a superproteção, por parte dos pais no cuidado da criança, pode certamente dificultar o desenvolvimento da competência social no seu repertório comportamental, assim como pode torná-la frágil do ponto de vista emocional para enfrentar as demandas internas e externas que se impõem no curso do desenvolvimento (Linhares *et al.*, 2000, p. 69).

---

<sup>17</sup> Segundo Linhares *et al.* (2006), a resiliência é o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, que podem atuar de forma a proteger o indivíduo. Ela ocorre quando se tem a exposição da pessoa a uma ameaça significativa ou a uma severa adversidade e/ou a concretização de uma adaptação apesar do dano em potencial que ameaça o desenvolvimento do indivíduo.

Outros estudos demonstram que, mesmo com essas adversidades, os pais vêem seus filhos como uma pessoa, com sentimentos e individualidades e, dessa forma, procuram se relacionar com ele, apesar de toda a impessoalidade do ambiente (Lamy *et al.*, 1997). Eles reconhecem que o bebê gosta de seu contato e identifica uma manifestação de carinho. Isso é bastante positivo para a criança, pois, segundo Martinez (2004), a presença de mães/pais favorece a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento, modificando o ambiente da unidade neonatal e favorecendo a participação dos progenitores.

Com a finalidade de auxiliar os pais a aceitarem a situação de prematuridade e a realizarem um cuidado de maior qualidade ao bebê prematuro, a equipe de saúde tem papel fundamental de atenuadora do impacto gerado pela situação, acolhendo e atuando como suporte emocional da família (Linhares *et al.*, 2006).

### **3.3.3. A Equipe de Saúde e o MMC**

O processo de nascimento de um bebê prematuro e a sua prolongada hospitalização repercutem em mudanças na estrutura e dinâmica familiar, permeadas por sentimentos de ansiedade e sofrimento. Segundo Klaus (citado em Toma, 2003), as circunstâncias – rotinas hospitalares que separam os pais de seus filhos prematuros – podem ter implicações negativas para a formação do vínculo afetivo e, conseqüentemente, influenciar o posterior cuidado dessas crianças. A equipe interdisciplinar de saúde tem papel fundamental na promoção de fatores protetivos ao desenvolvimento da criança, o que deve ocorrer a partir do acolhimento da família na UTIN.

A pesquisa realizada por Monteiro *et al.* (2002) indica que falta uma preocupação, por parte da equipe, em preparar as mães para sua entrada na UTIN, a fim de amenizar o impacto desse encontro. Os autores reforçam a importância de um acompanhamento e apoio psicológico que envolva a mãe e a família, possibilitando a integração gradual da

mãe/família aos cuidados com seu bebê, oferecendo-lhe suporte tão necessário para seu desenvolvimento. Essa preparação poderia neutralizar ou minimizar o senso de incompetência e baixa auto-estima dos pais (Linhares *et al.*, 2006).

Dimenstein (2000) corrobora com a idéia, tendo percebido, em sua pesquisa, a grande frequência de entraves comunicacionais entre a equipe profissional, as mães e os familiares devido às diferenças de crenças e valores a respeito da maternidade. “Urge, portanto, implantar a educação permanente da equipe neonatal, incluído também conteúdos sobre o cuidado desenvolvimental, apego e vínculo afetivo mãe-filho e filho-família” (Martinez, 2004, p. 148).

Segundo Crepaldi e Varella (2000), a partir de estudos com familiares na internação de crianças, a família precisa ser acolhida de forma personalizada, sendo ouvida em suas angústias e expectativas. As informações devem ser passadas de maneira clara e dosada, considerando-se sempre o momento ansiogênico que a família está vivenciando, pois a pesquisa constatou que os membros da família não se lembram de boa parte das informações fornecidas, nem do nome ou da especialidade do profissional que os atendeu.

Esses dados confirmam a necessidade de se criarem atendimentos humanizados nos serviços de saúde. Deve-se promover maior vínculo entre a família e o bebê. Por se acreditar que o contato pele-a-pele é um meio muito significativo de formar o vínculo com o bebê e ainda transmitir amor, segurança e estabilidade (Maldonado, 2003), há hospitais que adotam o Método Mãe Canguru (MMC).

O MMC surgiu na Colômbia, em 1979, com o objetivo de diminuir a elevada mortalidade neonatal daquele país. A idéia era de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe, reproduzindo a posição fetal e o ambiente intra-uterino (pouca luminosidade e barulho) promoveria maior estabilidade térmica. Essa atitude de promover



um contato pele-a-pele precoce mostrou desenvolver maior vínculo afetivo e um maior desenvolvimento da criança (Brasil, 2002)<sup>18</sup>.

Segundo Miltersteiner, Miltersteiner, Rech e Molle (2003), em pesquisa realizada com bebês pré-termos de peso igual ou inferior a 2000g, o método oferece ainda um aumento significativo das respostas fisiológicas em comparação ao mesmo período em que foram submetidos os prematuros à posição elevada em decúbito ventral na incubadora.

No MMC, a mãe, ou algum familiar, substitui progressivamente a incubadora, mantendo o bebê aquecido por meio do contato da criança com sua pele. A prática se inicia dentro do hospital e continua em casa, mediante estreito acompanhamento da equipe de saúde (Toma, 2003). O MMC é muito mais que a posição canguru e ocorre em três etapas. A primeira, antes do nascimento, com a identificação das gestantes com risco de darem a luz a uma criança de baixo peso. Nessa situação, a futura mãe e família recebem orientações específicas sobre os cuidados a serem tomados com a gestante e com o bebê.

Na segunda etapa do método, o bebê encontra-se com situação clínica estável, ganho de peso regular e com peso superior a 1250g, e a mãe deve se encontrar segura e orientada, existindo um suporte familiar, institucional, além de haver interesse da mãe em permanecer com seu filho na enfermaria de alojamento conjunto onde é realizada a posição canguru pelo maior período que ambos acharem seguro e agradável.

A terceira e última etapa ocorre com alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. Ocorrerá se a criança estiver com o peso mínimo de 1500g, clinicamente estável e ganhando peso em aleitamento materno exclusivo. A mãe e os familiares devem estar seguros quanto ao manuseio da criança e orientados quanto à importância de mantê-la no domicílio na posição canguru durante as 24h do dia.

---

<sup>18</sup> O Manual do MMC pode ser visualizado no site [www.metodocanguru.org.br](http://www.metodocanguru.org.br).

No Brasil, o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) lançou a Norma de Orientação para a implementação do Método Canguru, estabelecendo as diretrizes para a sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais, essa norma prevê abertura das Unidades Neonatais de forma ampla aos pais para que eles possam: o mais rápido possível tocar o(a) filho(a); manter o contato pele-a-pele prolongado, propiciando o bem estar e a adaptação mais rápida do bebê à vida extra uterina, a amamentação e a aceleração da alta hospitalar do bebê; dar continuidade ao contato pele-a-pele no domicílio.

Segundo Caetano (2004), o MMC, porém, traz implicações para a família e, por isso, a autora destaca alguns pontos a serem contemplados na prática do MMC: ampliar o foco de atenção trazendo o prematuro para o contexto de sua família; tomar a família do bebê como uma unidade de cuidado; considerar a experiência vivida pela família no MMC sem deixar de vislumbrar os outros momentos vividos anteriormente diante do parto prematuro, bem como as suas condições sociais, econômicas e culturais para estar no Método. Assim, o MMC deve ser percebido na sua complexidade, já que envolve muito mais do que o cuidado com o prematuro, mas também a família e a própria equipe de saúde.

(...) a prática do método mãe canguru como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua família, e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-la de participar efetivamente do programa. A interação entre alguns fatores tais como perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos, pode determinar padrões mais ou menos favoráveis à opção e prática do MMC (Toma, 2003, p. 233).

Assim, apesar dos inúmeros benefícios do MMC, que incluem redução da morbidade e do período de internação, da melhoria na incidência e duração da

amamentação no senso de competência dos pais (Linhares *et al.*, 2004), parece fundamental a inclusão da família e do pai da criança no atendimento hospitalar ao bebê prematuro.

Outro aspecto importante, que está ligado à atenção dada pela equipe de saúde, é o da necessidade de se prevenir os riscos da prematuridade. Segundo Marcelli (1998), Cole e Cole (2003), Aragão, Silva e Aragão (2004), o contexto de pobreza e pouca escolaridade aumentam em duas vezes a probabilidade de o bebê nascer prematuro ou com baixo peso. A equipe deve, portanto, atentar ao pré-natal para trabalhar com a prevenção da prematuridade (Bittar, 2001). Moraes, Alflen, Spara e Beitune (1998) demonstram que os cuidados precoces e maior frequência de visitas pré-natais podem reduzir o número de nascimentos prematuros e de baixo peso.

Da mesma forma que o nível socioeconômico afeta na ocorrência da prematuridade, ele influencia também na existência ou não de seqüelas no desenvolvimento do RN. Segundo Marcelli (1998), os bebês prematuros (sem comprometimento neuronal), nascidos em famílias de classes sociais desfavorecidas, têm maior probabilidade de apresentar seqüelas no desenvolvimento que crianças nascidas em famílias de classe mais abonada. Assim, a equipe deve estar atenta às necessidades da família para poder promover fatores de proteção ao RN.

Estratégias de inclusão da família no contexto hospitalar devem ser pensadas pela equipe. Scochi, Kokuday e Riul (2003) descrevem a positiva experiência de realizar um grupo de pais que se apóiam e juntos vão descobrindo os encantos de seus filhos prematuros.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Caracterização da Pesquisa**

A pesquisa é de caráter descritivo e exploratório, já que pretende uma descrição detalhada do fenômeno buscando compreender a complexidade dos fatos que envolvem o fenômeno (Bezon, 2005). Constitui-se como de caráter transversal visto que visa a um recorte de um momento em um dado contexto. O estudo buscou descrever a paternidade dentro do momento de prematuridade ainda no contexto hospitalar.

O trabalho baseia-se no método qualitativo, numa tentativa de compreender detalhadamente significados e características apresentadas pelos entrevistados (Richardson e Wainwright<sup>19</sup>). A pesquisa qualitativa é baseada na obtenção de dados descritivos que se dá a partir do contato do pesquisador com a situação de estudo, procurando entender o fenômeno segundo a perspectiva dos participantes (Neves, 1996).

Segundo Biasoli-Alves e Silva (1992), o método qualitativo se caracteriza como sendo um “processo indutivo que tem como foco a fidelidade ao universo da vida cotidiana” (p.61). Esta pesquisa buscou, a partir do contato direto com o pai no contexto de prematuridade, a compreensão da vivência do homem neste contexto (paternidade e prematuridade), identificado, a partir de relatos verbais, suas concepções e seus cuidados para com o filho prematuro.

### **4.2. Participantes**

Os participantes da pesquisa foram 20 (vinte) homens (pais), dos quais 10 (dez) cujo bebê prematuro é o primeiro filho (grupo 1) e 10 (dez) que já tem outros filhos (grupo

---

<sup>19</sup> Definição extraída de texto disponível na página <http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisaqualitativa.htm> da Internet.

2), de crianças nascidas prematuramente com ou sem muito baixo peso, e cujos filhos encontravam-se internados na UTIN de um hospital da Grande Florianópolis.

O critério utilizado para definir o número de participantes da pesquisa foi o da saturação dos dados, utilizado em grupos homogêneos (Ghiglione e Matalon, 1993). Os autores sugerem a coleta de dados de 20 (vinte) a 30 (trinta) participantes. A partir desse número, percebe-se a ocorrência da saturação e conseqüente repetição das informações significativas à pesquisa.

Os participantes tinham idade entre 16 (dezesesseis) e 40 (quarenta) anos. Diferenças foram encontradas entre o grupo dos homens de primeiro filho (G1) e dos de mais de um filho (G2). O **grupo 1** foi expressivamente mais jovem, com média de idade em torno de 23 (vinte e três) anos. A idade variou de 16 (dezesesseis) a 30 (trinta) anos, enquanto o nível de escolaridade variou do primeiro grau incompleto até o superior completo. Dois dos homens entrevistados não residiam em Florianópolis. A união conjugal de sete dos indivíduos foi considerada estável<sup>20</sup>, enquanto três foram consideradas uniões instáveis<sup>21</sup>. Quanto aos bebês, a idade gestacional variou de 27 (vinte e sete) a 34 (trinta e quatro) semanas, ao passo que o peso foi de 900g (novecentos gramas) a 2070g (dois mil e setenta gramas) (Quadro 1).

Houve variação na idade dos participantes do **grupo 2** entre 23 (vinte e três) e 40 (quarenta) anos, com média de 30 (trinta) anos. Dentre estes, cinco eram recasados e apenas um foi considerado como tendo uma união instável. Três deles residiam em outra cidade. Seus bebês nasceram com idade gestacional (IG) entre 29 (vinte e nove) e 35 (trinta e cinco) semanas, com peso variando entre 1040g (mil e quarenta gramas) e 1860g (mil, oitocentos e sessenta gramas) (Quadro 2).

---

<sup>20</sup> Foi considerado pertencente ao grupo denominado de “união estável” o casal que possuía um ano e meio de relacionamento que tomou a decisão de morar junto antes da gravidez.

<sup>21</sup> Foi considerado união instável, aquela em que o casal possuía menos de um ano e meio de relacionamento, havendo tomado a decisão de casar apenas depois do conhecimento da gravidez.

**Quadro 1: Dados pais de primeiro filho participantes da pesquisa.**

<i>Pai</i>	<i>Idade</i>	<i>Escol.</i>	<i>União</i>	<i>Cidade</i>	<i>IG</i>	<i>Peso</i>	<i>Bebê</i>	<i>Local internação</i>	<i>Moradia</i>	<i>Renda</i>
P01	25a	Sup in.	Estável	Florianópolis	34s	2070g	PMT	Cuidados Intermediários	-----	-----
P02	21a	2ºg. in.	Estável	Florianópolis	32s	1310g	PMT/MBP	Cuidados Intensivos	Própria	Desempregado
P03	23a	2ºg.	Estável	Timbó	34s	1830g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Própria	Até 1000,00
P04	21a	2ºg. in.	Estável	Florianópolis	30s	1120g	PMT/MBP	Cuidados Intermediários	-----	-----
P05	30a	Sup.	Estável	Florianópolis	32s	1600g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Parentes	Até 1500,00
P06	18a	1ºg. in.	Estável	Florianópolis	34s	1720g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	-----	-----
P07	16a	1ºg.	Instável	Florianópolis	33s	1610g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Parentes	Até 1000,00
P08	23a	1ºg.	Instável	Florianópolis	27s	900g	PMT/MBP	Cuidados Intensivos	Alugada	Até 1000,00
P09	27a	Sup.	Estável	Florianópolis	34s	1640g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Alugada	Até 2500,00
P10	26a	2ºg. in.	Instável	Araranguá	30s	1485g	PMT/MBP	Cuidados Intermediários	Própria	Até 1500,00

Legenda:

- IG – idade gestacional do bebê (em semanas);
- PMT – prematuro;
- PTM/BP – prematuro de baixo peso (2000g);
- PTM/MBP – prematuro de muito baixo peso (abaixo de 1500g);
- (-----) – dado não coletado.

**Quadro 2: Dados dos pais com mais de um filho participantes da pesquisa.**

<i>Pai</i>	<i>Idade</i>	<i>Escol.</i>	<i>União</i>	<i>Cidade</i>	<i>IG</i>	<i>Peso</i>	<i>Bebê</i>	<i>Local Internação</i>	<i>Moradia</i>	<i>Renda</i>
M01	24a	2ºg. in.	Est./Rec	Florianópolis	30s	1650g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Alugada	Até 1000,00
M02	40a	1ºg.	Est./Rec	Florianópolis	30s	1860g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Própria	Até 1000,00
M03	39a	1ºg.	Estável	Florianópolis	31s	1040g	PMT/MBP	Cuidados Intensivos	Própria	Até 1000,00
M04	30a	2g.	Estável	Freiburgo	33s	1515g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Parentes	Até 1500,00
M05	29a	1ºg. in.	Estável	Florianópolis	35s	1180g	PMT/MBP	Cuidados Intensivos	-----	-----
M06	23a	1ºg.	Estável	Gaspar	29s	1300g	PMT/MBP	Cuidados Intermediários	Própria	Até 1000,00
M07	31a	1ºg.	Est./Rec	Florianópolis	35s	1475g	PMT/MBP	Cuidados Intermediários	Parentes	Desempregado
M08	24a	1ºg. in.	Estável	João Batista	34s	1800g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Parentes	Até 500,00
M09	32a	1ºg. in.	Est./Rec	Florianópolis	33s	1600g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Parentes	Até 1500,00
M10	28a	1ºg. in.	Inst./Rec	Florianópolis	31s	1525g	PMT/BP	Cuidados Intermediários	Alugada	Até 1000,00

Legenda:

- IG – idade gestacional do bebê (em semanas);
- PMT – prematuro;
- PTM/BP – prematuro de baixo peso (2000g);
- PTM/MBP – prematuro de muito baixo peso (abaixo de 1500g);
- Est/Rec – união estável com recasamento;
- Inst/Rec – união instável com recasamento;
- (-----) – dado não coletado.

### **4.3. Local**

A pesquisa realizou-se no âmbito da UTIN de uma Maternidade de um Hospital público localizado na Grande Florianópolis. O Hospital é considerado referência para o Estado, o que decorre do fato de os usuários de seus serviços de saúde provirem de diversas localidades de Santa Catarina. Recebeu ainda o prêmio “Amigo da Criança”, pois visa à humanização dos serviços prestados.

A Maternidade tem 53 leitos, e a UTIN possui capacidade de acolher seis crianças. Além disso, os serviços prestados ao RN pré-termo vão ao encontro do MMC adotado pelo hospital. A maternidade conta ainda com o serviço de psicologia que busca acolher a gestante e a família neste período de transição para a parentalidade.

A UTIN é dividida em quatro salas: cuidados intensivos, cuidados intermediários, cuidados mínimos e uma pequena sala especial para crianças (prematuros ou não) que necessitam de atendimento em Unidade Intensiva, mas que, por algum motivo, não podem ficar junto com os outros bebês. A maioria dos prematuros passa pelas três primeiras salas de internação. Iniciam nos cuidados intensivos, passam para os intermediários e permanecem nos mínimos até a alta hospitalar. As entrevistas se deram com o pai do bebê internado nos cuidados intensivos ou intermediários.

### **4.5. Instrumentos**

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: um questionário sobre o contexto familiar (Apêndice 1) que buscou identificar a situação socioeconômica do participante, bem como a rede de apoio da família; e um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice 2) que buscou coletar os dados necessários para atingir os objetivos propostos na pesquisa.



A entrevista semi-estruturada, ou semidiretiva, parte de um esquema de assuntos a serem abordados na entrevista, sem que haja necessidade de seguir-se uma ordem nas indagações (Ghiglione e Matalon, 1993). Segundo Biasoli-Alves (1998), a pesquisa semi-estruturada tem como base um roteiro de tópicos que devem ser abordados durante a conversa, mas que seguem uma formulação flexível acontecendo de forma natural de acordo com o discurso do participante. O roteiro de entrevista foi criado a partir dos objetivos estabelecidos para este estudo (Quadro 3):

**Quadro 3: Quadro comparativo entre os objetivos propostos no presente estudo com os itens norteadores da entrevista semi-estruturada.**

<i>Objetivos</i>	<i>Roteiro da entrevista</i>
Identificar o que o pai entende por prematuridade.	Concepção de prematuridade (definição, conhecimento prévio, motivos, conseqüências).
Caracterizar os cuidados exercidos pelo pai ao seu bebê prematuro (Método Mãe Canguru – MMC).	Participação nos cuidados do bebê (tempo com o bebê, comportamentos frente ao filho). Conhecimento do MMC (informação recebida, utilidade, participação).
Identificar os sentimentos do pai frente ao filho prematuro.	Sentimentos em relação ao filho (sentimentos ao ver o filho, frente à situação de hospitalização, possíveis mudanças).
Identificar as expectativas do pai para o desenvolvimento do seu filho.	O que espera do desenvolvimento do filho.
Identificar como o pai percebe a relação com a mãe do bebê e como foi a vivência da gestação e do parto.	Como foi e é a relação com a mãe da criança (na gestação, parto, prematuridade).

#### **4.6. Procedimentos para a Coleta de Dados**

Após a aprovação do Conselho de Ética da UFSC (Anexo 3) e da autorização do hospital (Apêndice 3), a pesquisadora permaneceu na Maternidade a fim de identificar as famílias com bebês prematuros. Determinados os possíveis participantes, os mesmos foram abordados logo após a visita que fizeram ao RN. Como surgiu certa dificuldade de

encontrar alguns dos homens em espera nos corredores do hospital, em alguns casos, a pesquisadora marcou o dia da entrevista com as mães que se encontravam na UTIN.

As mães foram devidamente informadas da proposta do estudo, seus objetivos, o porquê da entrevista ser apenas com o pai e o local em que seria realizada a entrevista, tendo em vista que esta estranhou não ter sido ela o foco da entrevista. Assim, foi entregue uma cópia do roteiro para que a mãe pudesse ler enquanto o pai era entrevistado.

Também o pai foi informado da proposta da pesquisa, bem como de seus objetivos. Frente à concordância em participar do estudo, o participante foi convidado a dirigir-se a uma sala reservada, a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (Apêndice 4) e preencher o questionário sobre o Contexto Familiar, sendo então informado da gravação da entrevista, para enfim se iniciar a coleta. Nos casos em que o participante teve alguma dificuldade quanto ao horário, foi marcado outro encontro para a realização da mesma.

Cuidou-se para que a entrevista fosse realizada somente após duas semanas depois do nascimento. Esse tempo foi determinado para que o pai tivesse tempo de situar-se frente ao contexto e para certificar-se da estabilização do quadro de saúde do neonato.

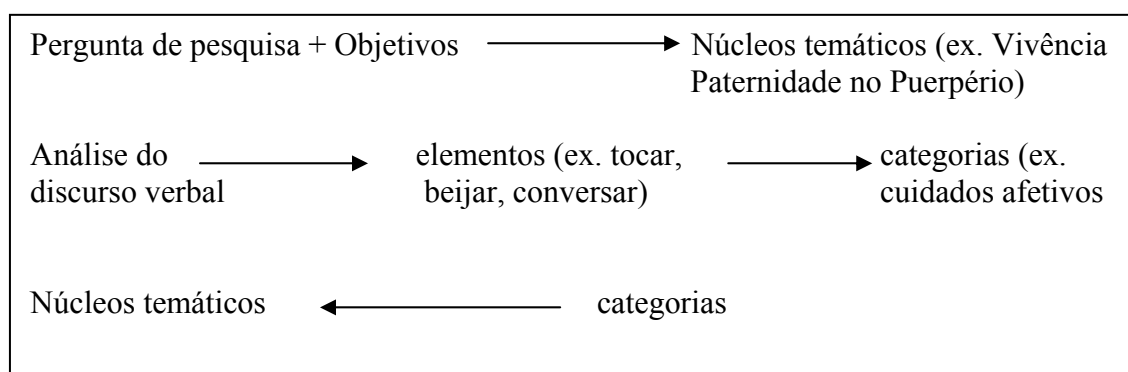
#### **4.7. Procedimentos para a Análise dos Dados**

As gravações foram transcritas na íntegra para então se dar início à análise de conteúdo, buscando a codificação dos dados para possibilitar a categorização dos mesmos. A análise dos dados foi feita de forma qualitativa, buscando a apreensão de significados e falas, na tentativa de sistematizar os elementos recolhidos.

Utilizou-se a categorização temática dos dados (Flick, 2004), onde as categorias identificadas a partir do corpus do discurso verbal foram enquadradas em “núcleos

temáticos norteadores” previamente definidos a partir da questão da pesquisa e de seus objetivos.

Após leitura exaustiva do conteúdo transcrito, a pesquisadora definiu os elementos significativos que apareceram e se repetiram no decorrer das entrevistas. Esses elementos foram agrupados em categorias que, por sua vez, foram encaixados em um dos eixos temáticos pré-estabelecidos:



Novos eixos foram criados para contemplar as informações que extrapolaram o objetivo da pesquisa, mas que se fizeram relevantes para a compreensão do fenômeno. Os eixos e categorias foram os seguintes (Quadro 4):

**Quadro 4: Relação dos eixos temáticos e categorias**

<i>Eixo temático</i>	<i>Categoria</i>
Concepção de prematuridade	Definição
	Conhecimento acerca da prematuridade
	Condições de saúde do bebê
	Conseqüências da prematuridade
Interações durante período de prematuridade	Interação com companheira
	Interação com a equipe
	Interação com a rede de apoio
Vivência da paternidade no período gestacional e no parto	Gestação tranquila
	Gestação com complicações
	Preparação para o nascimento
	Participação no pré-natal

	Sentimentos frente à gravidez
	Preocupação financeira
	Participação no parto
	Sentimentos frente ao parto
	Apoio à mãe
Vivência da paternidade no puerpério	Passar 7h ou mais por semana com o bebê no hospital
	Avaliação da hospitalização
	Cuidados afetivos exercidos
	Cuidados fisiológicos exercidos
	Observação da responsividade do bebê
	Conhecer o MMC e a posição canguru
	Participar da posição canguru
	Sentimentos frente ao RN
	Mudanças frente à prematuridade
	Expectativas de desenvolvimento
Dificuldades encontradas	Trabalho
	Regras instituição
	Filhos
Família de origem	Referência positiva ao pai
	Referência negativa ao pai
	Referência positiva à mãe

#### 4.8. Cálculo de acordo

A fim de proporcionar maior fidedignidade ao sistema de categorias, foi realizado um cálculo de acordo. Esse cálculo foi tomado emprestado do método observacional (Danna & Matos, 1996).

Foram selecionadas 50 falas de participantes, buscando incluir ao menos uma frase que representasse cada categoria. As frases foram escolhidas aleatoriamente e encaminhadas a dois juízes experientes no tema para codificação. Além da lista de frases,

os juizes receberam uma lista de categorias e subcategorias juntamente com suas definições (Apêndice 5).

Foi solicitado que cada juiz codificasse as frases de acordo com as categorias e subcategorias anexas. A codificação de cada juiz foi comparada à do outro e a partir das semelhanças e diferenças nas respostas, aplicou-se o cálculo de acordo obtido através da fórmula:

$$\frac{\Sigma A}{\Sigma A + \Sigma D} \times 100$$

Legenda:

A = Acordo

D = Desacordo

Como resultado do cálculo obteve-se o equivalente a 80% de acordo entre os juizes. Este resultado indica que há confiabilidade do sistema de categorias utilizado para análise dos dados.

#### **4.9. Procedimentos Éticos**

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e passou pela sua avaliação, a fim de se certificar que o estudo corresponde às exigências relativas à ética em pesquisa com seres humanos. Além disso, a pesquisadora teve o cuidado de acolher o participante nos casos em houve necessidade, encaminhando-o, subseqüentemente, ao Serviço de Psicologia da Maternidade.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram categorizados segundo sete eixos temáticos. São eles: Concepção de Prematuridade; Interações durante o período de prematuridade; Vivência da paternidade no período gestacional; Vivência da paternidade durante o parto; Vivência da paternidade no puerpério; Dificuldades encontradas pelo pai; e Família de origem.

### 5.1. Concepção de Prematuridade

Este eixo visa caracterizar a concepção que o pai tem da prematuridade de seu filho. Inclui o que o progenitor entende por prematuridade, bem como seu conhecimento sobre o assunto e a situação do seu bebê. Para tanto, o núcleo se divide nas seguintes categorias e subcategorias:

**Quadro 5: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo - Concepções de Prematuridade.**

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Definição	20/20	Nascer antes do tempo/pressa	8/10	8/10	16
		Nascer com formação incompleta/ com necessidades especiais	3/10	3/10	6
		Nascer pequeno/sensível/baixo peso	3/10	5/10	8
		Nascer com problemas de saúde	1/10		1
Conhecimento acerca da prematuridade	14/20	Conhecer previamente a prematuridade	4/9	3/10	7
		Conhecer os motivos da prematuridade	8/9	4/5	12
		Buscar informações em livros/revistas/internet	5/9	3/5	8
		Buscar informações com pais/amigos	3/9	1/5	4
Condições de saúde do bebê	20/20	Peso	8/10	6/10	14
		Aparelhagem/procedimentos/exames	7/10	5/10	12
		Intercorrências	2/10	3/10	5
		Amamentação	3/10	2/10	5
		Saudável	10/10	8/10	18

Conseqüências da prematuridade	10/20	Dificuldades na fala	1/7		1
		Problemas de audição/visão		1/3	1
		Sensibilidade na pele	1/7		1
		Cuidado	1/7	1/3	2
		Imaturidade Pulmão	3/7	1/3	4
		Doente/lerdo/possibilidade de morte	1/7	1/3	2

*Legenda:*

- $n$  = Participantes que responderam a esta categoria com ao menos uma das subcategorias.
- $G1$  = Número de pais (homens) de primeiro filho que responderam à subcategoria, em proporção ao número de participantes desse grupo que apresentaram respostas à categoria  
→  $\frac{nG1-subcategoria}{nG1 - categoria}$
- $G2$  = Número de pais (homens) de mais de um filho que responderam à subcategoria, em proporção ao número de participantes desse grupo que apresentaram respostas à categoria  
→  $\frac{nG2-subcategoria}{nG2 - categoria}$
- $G1 + G2$  = Número total de respostas dadas para cada subcategoria – grupo 1 mais grupo 2.

- *Definição* – Esta categoria diz respeito ao sentido atribuído pelo pai sobre o que é prematuridade. É composto pelas seguintes subcategorias:
  - Nascer antes do tempo/pressa – alude ao fato do parto ter acontecido antes de completar os nove meses de gestação, ou à referência feita pelo pai do seu filho querer vir ao mundo com antecedência.
  - Nascer com formação incompleta/com necessidades especiais – inclui o desenvolvimento fetal inacabado necessitando de cuidados extras para sua continuidade.
  - Nascer pequeno/sensível/baixo peso – contempla respostas que mencionam o tamanho e peso inferiores aos de um bebê a termo e a fragilidade do RN.
  - Nascer com problemas de saúde – inclui respostas que aludem a enfermidades do bebê prematuro.

- *Conhecimento acerca prematuridade* – Define-se a partir das informações que o pai busca, recebe e já possui acerca da prematuridade do bebê. Inclui as subcategorias abaixo:
  - Conhecer previamente a prematuridade – refere-se ao fato de o participante ter informação anterior ao nascimento de que seu filho pode nascer prematuro.
  - Conhecer motivos da prematuridade – menciona o fato de o participante estar ciente das causas responsáveis pelo bebê ter nascido antes do término dos nove meses de gestação.
  - Buscar informações em livros/revistas/internet – inclui participantes que afirmam ter procurado informações sobre a prematuridade em diferentes meios de comunicação.
  - Buscar informações com pais/amigos – refere-se à procura de informações sobre a prematuridade com familiares ou amigos que já vivenciaram a prematuridade.
  
- *Condições de saúde do bebê* – Esta categoria determina o conhecimento que o pai possui sobre como o filho se encontra em termos de saúde/doença e quais os procedimentos necessários para sua sobrevivência. Divide-se nas seguintes subcategorias:
  - Peso – consideração da variável peso no estado de saúde do bebê mencionando o peso do seu filho e/ou seu ganho/perda diário.
  - Aparelhagem/procedimentos/exames – o participante demonstra conhecer os equipamentos, métodos e testes necessários para a vida do prematuro.



- Intercorrências – faz menção a fatos inesperados ocorridos com o bebê, como, por exemplo, apnéias, icterícias entre outros.
- Amamentação – demonstra conhecer as dificuldades que envolvem o aleitamento do prematuro, afirmando se seu filho mama ou não no peito.
- Saudável – refere-se ao relato de bem estar do bebê, livre de doenças.
- *Conseqüências da prematuridade* – Refere-se ao conhecimento que o pai tem sobre as possíveis implicações da prematuridade sobre o desenvolvimento da criança. É composto pelas subcategorias abaixo:
  - Dificuldades na fala – conhecimento de possíveis problemas na aquisição da expressão verbal.
  - Problemas de audição/visão – noção da possibilidade do filho apresentar dificuldades relacionadas à visão e audição.
  - Sensibilidade na pele – conhecimento acerca da irritabilidade da pele do bebê.
  - Cuidado – refere-se à prestação de atenção e sensibilidade para o manuseio do bebê.
  - Imaturidade Pulmão – conhecimento da formação incompleta do pulmão e a exigência de cuidados para com a respiração do bebê.
  - Doente/lerdo/possibilidade de morte – inclui respostas que agregam enfermidade, lentidão ou mesmo mortalidade do RN.

Quanto à **Definição**, pôde-se perceber que todos os participantes definiram prematuridade, embora não se tenha encontrado grandes diferenças entre as repostas dos homens do grupo 1 e do grupo 2. A maioria deles (dezesseis) relaciona corretamente a

prematuridade ao fato de o bebê nascer antes do tempo, mas as outras respostas que se fizeram presentes demonstram certa insegurança do pai frente ao fato, pois ligam o bebê pré-termo a necessidades especiais, má formação, problemas de saúde, tamanho reduzido, sensibilidade e fragilidade.

Ver o bebê como um ser sensível, frágil e doente vai ao encontro de alguns dos sentimentos relatados por mães de bebês prematuros nas pesquisas realizadas por Linhares *et al.* (2000). Esses sentimentos são intensificados pelo fato de o bebê estar internado em uma UTIN, que, por si só, carrega estigma de risco de morte. Lamy *et al.* (1997) discutem bem o assunto constatando a percepção negativa que o pai tem do ambiente como sendo assustador, intimidante e ameaçador.

Por outro lado, pôde-se perceber que o pai busca justificar a prematuridade associando a chegada antecipada do filho a coisas boas, ou generalizando o fenômeno. Evidencia-se isso nas falas de participantes que dizem que o filho chegou porque queria estar com ele mais cedo:

*(...) Porque eu entendo, eu entendo, o que acabou de falar agora, o que eu entendo de criança prematura, é assim de... pra mim ele ficou com **pressa** de vir ao mundo e veio. Porque, eu digo isso porque eu estou aqui desde o dia 21, aquela Neonatal ali eu conheço melhor que aquelas enfermeiras que tão trabalhando ali. Só tem criança recém nascida ali. Só tem criança prematura de 7, 7 semanas... só criança, entende? **Eles não querem mais esperar!** Teve também esses dias, eu tava falando ali, que **vai ter o dia que não vai mais ter criança de nove meses, criança só de sete meses. Que a maioria das crianças são de 7 meses (M02).***

Além disso, o pai deixa de sentir-se solitário na vivência da prematuridade de seu filho, observando e afirmando que tem muitos bebês internados na UTIN. Apesar de todas as adversidades, ele atribui ao filho vontades, sentimentos e individualidades. Esse dado também foi demonstrado por Lamy *et al.* (1997), em suas pesquisas. O pai vê seu filho como uma pessoa que possui autonomia e desejos, como demonstra a fala abaixo:

*Estou falando! Geralmente falam que filha mulher puxa o saco do pai. Ela foi desde o início porque ela quis vir antes por que ela sabia que no fim de semana seria o dia dos pais e ela já quis passar comigo!(P09).*

Outro fator que nos ajuda a entender as concepções do pai acerca do assunto relaciona-se ao **conhecimento sobre a prematuridade**. Constatou-se que seis dos entrevistados não conseguiram responder a questões que buscavam investigar o seu conhecimento acerca da prematuridade.

Pôde-se perceber que o pai de primeiro filho possuía mais interesse no assunto. Essa diferença se deu principalmente em relação ao conhecimento dos motivos que levaram o bebê a nascer antes de completar as 37 (trinta e sete) semanas de gestação; à busca de informações em livros, revistas, folder e na internet; e à busca de informações com pais ou amigos que já tiveram alguma experiência com a prematuridade. A disparidade pode estar ligada ao fato de o G1 se constituir de participantes expressivamente mais jovens (em média 7 anos), podendo ter mais familiaridade com o computador e a Internet; não tendo compromissos com outras crianças, já que este é o seu primeiro filho; e possuindo um grau de instrução em média maior que a dos pais (homens) mais experientes (com mais de um filho). O pai do grupo 1 buscou informações em livros, revistas e internet, como demonstra o exemplo abaixo:

*(...) Eu é que, por conta própria, saí pesquisando o que pode ter acontecido, não achei em lugar nenhum! Só achei lá que 50% dos casos de prematuros, as mães são mães saudáveis, sem vícios, que se cuidaram, mas isso acontece! Aconteceu! (P09).*

Chamaram a atenção três participantes que tinham histórias de prematuridade em sua família, sendo que um deles nasceu prematuro. Esses homens demonstraram maior tranquilidade frente à situação e ao seu bebê. (...) *Eu também nasci prematuro de seis meses. Não sei se é de família, mas... (P02).* Pode-se dizer que os participantes que já

tiveram experiência na família com a prematuridade naturalizam a situação e conseguem lidar de forma serena com a sua ocorrência, como evidencia a citação a seguir:

*Eu... é que o meu irmão, esse o Júlio<sup>22</sup>, é prematuro! E outro irmãozinho meu, tem uma menina agora que vai fazer dois anos, também é prematura. Então... não é uma coisa que foi um susto na família toda... a gente já sabia o que... qual é o procedimento... (P10).*

Por outro lado, o **conhecimento das condições de saúde** foi apresentado de forma expressiva. Todos os participantes demonstraram algum tipo de resposta que evidenciou ter esse tipo de informação. Mesmo o pai que não residia na cidade revelou conhecer o estado de saúde de seu filho. Os homens relatavam com orgulho o peso da criança ao nascer, o peso atual e o ganho diário de gramas. Além disso, descreveram questões relacionadas aos procedimentos, aparelhos e exames feitos com os RN. Alguns participantes apresentaram a existência de intercorrências, como apnéias, ou expressaram preocupação quanto à dificuldade de amamentação.

Respostas ligadas ao conhecimento dos aparelhos, dos procedimentos e exames do bebê chamam a atenção pelo fato de produzirem no pai sentimentos ansiogênicos quanto à vida e fragilidade do filho. Assim, o pai afirmava enfaticamente quando o bebê não necessitava de algum aparelho, como é demonstrado a seguir:

*Nada! Ele nasceu já respirando assim... foi... a respiração dele, assim, geralmente quando é muito novinho, ah... ele falou assim, a enfermeira falou que tem que levar direto pra UTI. E ele não, ele ficou respirando já só com aquele bafinho, oxigênio, e depois foi passando pra lá, pra incubadora. Nasceu bem, por sinal nasceu bem! Ainda ela falou 'já dei nota 10 pra ele', que ele nasceu bem! Bem pequenininho! Mas nasceu bem assim de saúde! Engraçado porque, na verdade, pelo tamanho não importa também! (M03).*

Boa parte dos participantes demonstrou preocupação com o ganho de peso. Esse interesse pode estar atrelado ao fato de o peso influir diretamente na alta hospitalar. Muitos

---

<sup>22</sup> Todos os nomes presentes no trabalho são fictícios com a finalidade de preservar a identidade dos participantes

dos homens entrevistados apresentavam em seu discurso frases que demonstravam a vontade de que o filho chegasse logo ao peso de 2000g (dois mil gramas) para as famílias residentes em Florianópolis e 2500g (dois mil e quinhentos gramas) para famílias que moram em outra cidade, para que pudessem ir para casa:

*(...) Tudo normal, só está precisando só pegar o peito, mais, mais firmeza por que ele é prematuro, e... pegar mais um peso, (...) que criança recém-nascida com duas mil... com 2 kg vai embora, então falta 50 g, e 50 g uma criança pega de uma hora pra outra, né? Come e pega e pode perder, foi a médica que falou pra nós(...) Graças a Deus, sobre... sobre doença, de doença assim está... Está curadinho mesmo prontinho pra ir pra casa (M02).*

Outro fator que chamou muito a atenção referente a essa categoria foi que, apesar de todos os sujeitos trazerem questões preocupantes frente ao ganho de peso, à aparelhagem, às intercorrências e às dificuldades de amamentação do filho, praticamente todos os homens (dezoito) afirmaram que seu bebê está bem de saúde, que é um bebê saudável. Esse fato pode estar ligado à necessidade dos pais acreditarem na sobrevivência e bem estar do filho, negando parte do risco que circunda a situação. Linhares *et al.* (2000) discutem essa questão em relação às mães de bebês prematuros. Os autores afirmam que esse excesso de otimismo pode ser traduzido por mecanismos de negação dos fatos. As mães se defendem, distorcendo sua percepção, o que dificulta a compreensão das informações. Como a mãe, o pai também nega, minimizando o que se passa com o bebê. Segue exemplo dessa negação:

*Está! Está tudo bem!! É... tem umas **coisinhas**. Tipo.. o Carlos agora está com o coração um pouco... deu um sopro no coração, deixou agora... mas parece que é normal! Tudo tem... tudo leva a crer que é normal. No caso isso agora... Estavam me explicando agora, que talvez vai precisar fazer uma operação. Mas no último caso assim, tem que avaliar bem amanhã (P05).*

Outro fator investigado em relação às concepções do pai sobre o prematuro foi o **conhecimento das conseqüências** que a prematuridade pode trazer para o

desenvolvimento do bebê. Apenas metade dos participantes sabia apresentar ao menos um fator.

Pode-se questionar aqui quais os motivos dos participantes não assimilarem as possíveis conseqüências do nascimento prematuro. Um fato a ser considerado é o da negação já referido no item anterior. Mas também existe a possibilidade de se pensar na hipótese de a equipe não apresentar informações suficientes sobre o assunto, com medo de tirar o possível engajamento dos pais em relação ao RN. Ela pode acreditar que, contando os riscos que a criança corre, a família tenda a não investir no bebê, antecipando a sua morte.

Essa proteção pode, porém, trazer conseqüências ainda maiores. O pai precisa estar preparado para propiciar um ambiente adequado para as crianças, promovendo, assim, seu desenvolvimento. Para tanto, é necessário que ele saiba o que pode vir a enfrentar, como deve agir e onde pode procurar ajuda.

Além disso, os resultados apontam que o pai encontra-se mais preocupado com o momento presente do que com conseqüências futuras. Sete das onze respostas apresentadas dizem respeito à atualidade, frente à sensibilidade da pele, à necessidade de mais cuidados e à imaturidade do pulmão do RN prematuro. Essas conseqüências, porém, são momentâneas, passando conforme o bebê vai crescendo e se aproximando da IG do bebê a termo. A preocupação com as conseqüências no presente são identificadas no relato a seguir:

*Ele falou assim que você... que nenê é... que esquece de respirar de vez quando, você tem que esperar, é muito novinho (...) E sempre tem que cutucando ele, agora que pode pegar no colo já, de vez em quando ele pára de respirar assim, sempre estou de olho nele (P04).*

O pai do RN, neste período, vive a prematuridade de forma bastante preocupada, já que seu bebê, tão esperado, encontra-se numa situação de vulnerabilidade. Frente a esses

sentimentos, o pai busca entender melhor a situação e, na busca por informações, prende-se principalmente às que propiciem esperança e conforto. Essa maneira de ver o bebê com otimismo também aparecem nas pesquisas de Linhares *et al* (2000, 2004) e Klein e Linhares (2006). Percebe-se que informações negativas são mais difíceis de serem assimiladas pelos participantes já que estes negam o risco a fim de se defenderem do sentimento de insegurança que acompanha o fato de ter um bebê internado em UTIN. A fala descrita abaixo demonstra o otimismo que abarca o pai no momento de prematuridade, que, mesmo sabendo do risco do falecimento, pensa positivamente em relação ao filho:

*(...) que era novinho e tal, mais frágil assim, aí podia tanto sobreviver como podia falecer, mas sempre a gente tava a fazer pensamento positivo, do lado dele, sabendo o que podia acontecer, nasceu prematuro, pelas nossas contas ele não tinha nem sete meses direito, a gente está preparado (M01).*

É válido o questionamento da procedência dessa negação. A diminuição dos problemas enfrentados, percebidos inclusive no número de palavras que foram utilizadas no diminutivo (*coizinha, operaçãozinha, infecçãozinha, probleminha*), pode ser tanto uma dificuldade dos participantes, como da equipe na hora de comunicar à família a notícia de intercorrências com a saúde do bebê. O próximo eixo apresenta alguns aspectos relacionados às interações que o pai estabelece no momento vivido.

## **5.2. Interações durante o período de prematuridade**

Este eixo busca atender aos objetivos de identificar como é a relação do participante com a mãe do bebê, bem como com os demais envolvidos no momento de prematuridade. Abrange as influências da prematuridade sobre os relacionamentos do participante. Este eixo se divide em:

**Quadro 6: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das interações durante o período de prematuridade**

<b>Categoria</b>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Interação com companheira	19/20	Mudanças na relação	6/10	7/9	13
		Diálogo	10/10	7/9	17
		Apoio à mãe do bebê	2/10	2/9	4
Interação com a equipe	18/20	Receber/buscar informações da equipe	8/9	9/9	17
		Avaliar negativamente a equipe	3/9	1/9	4
		Avaliar positivamente a equipe	1/9	3/9	4
		Participar de reuniões	1/9	1/9	2
Interação com a rede de apoio	16/20	Família	7/8	8/8	15
		Amigos/vizinhos/comunidade	2/8	3/8	5
		Serviço social	1/8	1/8	2

- *Interação com companheira* – Abrange as influências da prematuridade sobre o relacionamento entre o pai e a mãe da criança.
  - Mudanças na interação com companheira – define as mudanças entre o casal ocorridas no período de prematuridade e hospitalização. Alguns casais relacionam essa mudança à vivência da maternidade e paternidade. Essas mudanças podem ser positivas (ex. mais união), ou negativas (ex. mais nervosismo).
  - *Existência de Diálogo* – abarca toda e qualquer conversação verbal entre os pais do bebê acerca da criança e da situação na qual a família se encontra. As conversas se dão em torno do bebê, seus cuidados, sua situação de saúde, sobre a hospitalização, as conseqüências da prematuridade e sobre os preparativos para o retorno para casa.
  - *Apoio à mãe do bebê* – define a necessidade expressa pelo pai de servir de suporte emocional de sua companheira para que ela consiga dedicar-se ao seu filho de forma segura e tranqüila.



- *Interação com a equipe* – Abarca a influência mútua entre o pai e a equipe em relação ao bebê, à prematuridade e à hospitalização.
  - Recebe/busca informações da equipe – refere-se à curiosidade do pai em prestar atenção e/ou buscar informações com médicos, enfermeiros, psicólogos e demais membros da equipe de saúde, acerca da prematuridade, da situação de saúde do filho, dos cuidados necessários, da aparelhagem utilizada e exames realizados.
  - Avalia positivamente a equipe – contém as expressões de satisfação referentes ao trabalho da equipe e da estrutura da Maternidade, o que, principalmente no pai com mais filhos, baseia-se em comparações com outras equipes e maternidades.
  - Avalia negativamente a equipe – envolve as expressões de insatisfação frente ao trabalho da equipe ou de determinado membro da equipe.
  - Participa das reuniões – inclui a presença ativa do pai nos encontros realizados pela equipe e que tem por finalidade incluir a família no funcionamento da maternidade e do MMC.
- *Interações com rede de apoio* – Inclui a forma de agir entre o pai e sua rede de apoio, os seja, pessoas significativas que apóiam o pai e a família no momento de prematuridade.
  - Família – refere-se aos membros que incluem a família extensa que prestam apoio ao pai e à mãe do bebê, na sua nova tarefa de cuidar do bebê, bem como auxiliam na arrecadação ou compra de bens materiais necessários para a criança e ainda podem ajudar no cuidado da casa e dos demais filhos (no caso dos famílias com mais de um filho) durante a internação do bebê.

- Amigos/vizinhos/comunidade – são as pessoas próximas ao casal que não são membros da família, mas o apóiam no momento de transição para a parentalidade e no momento de prematuridade colocando-se à disposição, visitando e auxiliando na aquisição dos bens materiais necessários para o bebê.
- Serviço Social – inclui a equipe de assistência social do hospital ou da comunidade que disponibiliza bens materiais para famílias de baixa renda.

Quanto à **interação com a companheira**, treze dos entrevistados afirmaram ter havido mudanças na relação conjugal no momento de prematuridade. Essas mudanças variaram entre positivas (*união, carinho, proximidade*) e negativas (*nervosismo, chateação, depressão*). Mas pôde ser observado que as modificações não se devem somente à prematuridade, mas também à hospitalização e ao próprio nascimento de um filho:

*Ah! Acho que mudou bastante coisa, porque é uma coisa que une a gente. É uma criança. Dá uma união mais na gente. E eu vi o sofrimento que ela está passando e faz a gente ter mais afeto... mais responsabilidade... mais carinho. Uma mulher passa muita dificuldade para ter o filho (M10).*

Andreani (2006) demonstra que, já na gravidez, a relação conjugal é modificada, podendo ocorrer maior união, queda da intensidade sexual e mudanças na imagem que o homem construiu sobre a mulher (Mulher-Mãe). Pôde-se perceber que o homem passa a valorizar sua esposa não mais só como mulher, mas também como mãe, como demonstra o exemplo abaixo:

*... hoje eu, tá louco.. tenho minha esposa... ela que me deu minha filha! Então, nossa, eu tenho muito carinho por ela, ela por mim. Sei lá... ajudou a aumentar o carinho pelo outro (P01).*

Outra característica muito apontada pelos participantes foi a existência de um diálogo contínuo entre o pai e a mãe da criança. Os homens relatam conversar com as companheiras sobre o momento de prematuridade, as dificuldades enfrentadas, a hospitalização, o estado de saúde do bebê, sentimentos e como será após a alta do filho. Isto é importante, pois, segundo Anderson *et al.* (1999) e Maridaki-Kassotaki (2000), a interação com a companheira influencia diretamente a relação do pai com a criança.

Destaca-se o fato de que o G1 apresentou mais respostas quanto ao diálogo com suas companheiras do que o G2. Este achado também pode estar relacionado à possibilidade de o pai de primeiro filho não ter compromissos com outras crianças como o pai de mais de um filho, podendo, assim, engajar-se com mais facilidade, sem sentir-se tão dividido, e estar mais presente no hospital.

O desejo de propiciar apoio à mãe também foi um fator que se mostrou presente na interação com a companheira no momento de prematuridade. Isto vai ao encontro da pesquisa realizada por Piccinini *et al.* (2004), na qual se constatou que o pai oferece apoio à mãe durante o período gestacional. O período de internação do RN prematuro não deixa de ser parte da gestação, já que o bebê permanece no hospital sob cuidados até estar apto para sobreviver em casa com a família. Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) também discutem, em sua pesquisa, a necessidade de a família dar suporte à mãe acompanhante do RN prematuro. Segundo as autoras, esse papel pode ser assumido por um ou vários membros da família. A presente pesquisa demonstrou que é o pai quem adota, muitas vezes, essa função.

*Eu converso com ela, eu só tento passar segurança pra ela (...) (P08).*

*É, eu já sou mais maduro que ela... então... (...) se eu abalo, abala tudo. Então eu tento ser o mais forte possível, eu tento passar isso pra ela, porque... bom, desde que ela está aqui no hospital ela está longe de casa. Acho que a dor, a saudades que eu tenho pra ela é bem mais, porque eu, pelo menos, vivo meu círculo, e ela não (P10).*

A interação com a companheira também se encontra relacionada com a **interação com a equipe de saúde**, já que muitos participantes afirmaram que as informações que tinham sobre o bebê foram dadas à esposa que as repassou a ele.

Apesar de os dados revelarem que o pai recebe e busca informações da equipe de saúde, foi possível perceber que este não consegue lembrar-se de quem as fornece e em que momento essas informações foram dadas. Quando questionados sobre quais as informações que receberam da equipe sobre a prematuridade, a maioria dos homens disse não ter recebido nenhuma. Durante a entrevista, porém, os mesmos trouxeram situações em que receberam informações de algum profissional da saúde, seja em relação ao bebê, sua saúde, os aparelhos, os exames, mas principalmente sobre como cuidar do bebê:

*(...) eles primeiro explicaram pra nós ‘Oh, vocês não fiquem assustados que vocês estão vendo o filho de vocês de mangueira na cabeça, mangueira no braço, mas isso aí é só pro bem dele que nós fizemos’ (...). Eles deram bastante informação pra gente, por isso que eu estou falando que eu gostei da maternidade porque eles são daqueles que dão muita explicação pra gente. Não é que nem as outras maternidades: ‘ah, ganhou agora já pode ir embora’. Eles explicam tudo direitinho pra gente, o que deve fazer, o que não deve fazer... (M02).*

Existem, portanto, entraves comunicacionais entre a equipe e a família. Essa dificuldade na comunicação aparece também na pesquisa de Dimenstein (2000), em relação às mães, na qual o autor afirma que as barreiras se devem às diferenças de crenças e valores a respeito da maternidade.

Também Crepaldi e Varella (2000) apresentam dados que vão ao encontro com os do presente estudo, quando constatam que boa parte das informações fornecidas aos familiares no momento de internação da criança não é assimilada, assim como o nome e a especialidade da pessoa que lhes atendeu é esquecido. As autoras afirmam que a equipe precisa acolher a família de forma mais efetiva, personalizando o atendimento. Segundo as

autoras, as informações precisam ser transmitidas de forma clara e dosada, considerando a vivência da família e a situação que se encontra. No exemplo abaixo, percebe-se a dificuldade de assimilação de tantas informações fornecidas pela equipe:

*Sei lá, não estou acostumado... é tanta novidade, é tanta coisa... aí chega no final você não sabe o que fazer. Uma fala uma coisa, outro fala outra, é muita informação uma em cima da outra... (...) Cada vez que o cara chega aqui é mais um negócio 'oh, tem que fazer isso, pegar assim'. No final, o cara não lembra a metade do que falaram! É tanta coisa! (P06).*

Talvez falte à equipe neonatal a percepção de que não adianta fornecer muitas informações para o pai do prematuro sem antes acolhê-lo em suas ansiedades e preocupações. O progenitor, assim como a mãe, necessita entender e aceitar a situação vivida para só então conseguir ser fator de proteção para a criança. Muitas vezes ele quer aprender a ser pai de um prematuro. Ele demonstra curiosidade acerca do estado de saúde e do local em que o bebê se encontra internado:

*Acho que as médicas devem estar de saco cheio de mim, porque eu pergunto tudo! Como que está, quanto peso pegou, o que que é isso... Eu acho que já perguntei tudo pra todas as enfermeiras o que você imaginar eu já perguntei. Porque assim... eu... acho que de uma certa forma é natural, querer saber. Querer ter esse conhecimento. Então eu vejo alguma coisa diferente assim, já saio perguntando! Então é o que eu fico fazendo! Ela está dando de mamar, então eu não posso segurar, aí eu saio, fico vendo fichas, vou e pergunto as coisas... (P09).*

Cabe à equipe ouvi-lo e auxiliá-lo nessa construção do seu papel de cuidador. Os profissionais devem deixar de considerar o pai apenas um colaborador para que ele possa efetivamente se tornar um cuidador do filho, atuando de forma a promover o desenvolvimento da criança. É preciso que ele seja ouvido e, a partir de sua curiosidade, informado sobre o seu bebê.

A presença do pai deve ser valorizada pela equipe. O pai necessita ser incluído não só no momento de prematuridade, mas em todo o processo de gestação, parto e puerpério e

nas consultas pediátricas (Crepaldi *et al.*, 2006, Carvalho, 2003), mesmo nos Serviços de Atendimentos à Saúde (Siqueira *et al.*, 2002 e 2003). O homem deve ser visto e ouvido desde a gravidez ou o planejamento familiar, incluindo-o neste mundo tão feminino que é o da maternidade (Couto, s/d).

Apesar de o pai não se lembrar do fato de ter recebido informações da equipe, a pesquisa demonstrou que ele avalia a equipe e o hospital. Pôde-se observar que o pai mais experiente tendeu a avaliar o hospital de forma positiva, enquanto os menos experientes (de apenas um filho) se opuseram, avaliando-o de forma negativa. Tal fato pode ter acontecido devido aos participantes do grupo 2 já terem tido vivências em outras Maternidades, o que lhes permite fazer comparações, e por esse motivo percebem que o atendimento da equipe diferencia-se de forma positiva. Da mesma forma, o único pai de primeiro filho que avaliou a equipe positivamente também teve base para comparações já que experienciou, na sua história de vida, outra Maternidade, tendo sido transferido para o referido hospital durante a internação do filho e da esposa.

*(...) Pra mim uma coisa que eu acabei de falar eu falei, que pra mim a melhor maternidade que existe é aqui, que meus outros filhos já nasceram em outras maternidades, mas que nem essa aqui não existe. É muito boa, os médico, as enfermeira, tudo bom, tudo gente boa mesmo. Sabe tratar bem a gente, sabe falar as coisas na hora certa (...)* (M02).

Vale constar que a avaliação negativa da equipe estava direcionada a uma pessoa específica da maternidade, ou ao fato de sentirem-se perdidos sem saber o que aconteceria, pois não ganharam informações.

*(...) eu só não gostei de uma coisa que foi da hora do parto, porque o filho tava nascendo e veio uma enfermeira que pra mim não serve pra ser enfermeira e tava tentando empurrar o neném pra dentro (...)* (M02).

*Eles não falavam a verdade, não tem? Eles não falavam a verdade... (...) Não falavam a verdade, tipo... que ela tinha que fazer isso, tinha que fazer aquilo... aí teve que supor... fazer jejum pra amanhã ir pra cirurgia. Eles ficaram segurando, tentaram segurar demais o neném* (P02).

Tendo em vista o objetivo de humanização do atendimento, a maternidade do referido hospital possui uma equipe interdisciplinar, o que de fato facilita o atendimento às famílias em suas necessidades. Um dos participantes se lembrou da psicóloga que lhe mostrou a UTIN antes mesmo do nascimento do filho. Monteiro *et al.* (2002) e Linhares *et al.* (2006) destacam a importância da equipe interdisciplinar e reforçam a necessidade de um acompanhamento e apoio psicológico que possam integrar a família nos cuidados do RN buscando neutralizar ou minimizar o senso de incompetência e baixa auto-estima presentes neste momento.

Além disso, a equipe propicia reuniões em que estes podem expressar sentimentos e reclamações frente à maternidade. Segundo Scochi, Kokuday e Riul (2003), a experiência de se formarem grupos de pais pode ser positiva quando estes conseguem se apoiar em suas angústias, freqüentemente semelhantes, e conseguir juntos descobrir os encantos dos bebês prematuros. A equipe deve pensar nessas estratégias de inclusão e apoio das famílias no ambiente da UTIN, como afirmam Bustamente e Trad (2005).

Outro fator importante nas interações do pai é a **interação com a rede de apoio**. Dezesesseis dos participantes manifestaram, em algum momento da entrevista, ter algum tipo de rede que apóia o casal no momento de prematuridade. Foram relacionadas como rede de apoio: a família, amigos/vizinhos/comunidade e o serviço social.

As pessoas que se demonstraram mais presentes, atuando como suporte dos pais, foram as relacionadas à família de um ou ambos os cônjuges. Em seguida, foram apontadas as pessoas consideradas amigas, a vizinhança e, por último, o serviço social do hospital. O apoio relatado apareceu tanto em relação ao auxílio emocional, em relação às atividades diárias do casal (ajudar a cuidar dos outros filhos, limpar a casa, etc.), mas principalmente relacionados ao apoio financeiro e material (ganho de roupas, berço,

fraldas, etc.). Segundo Dessen e Braz (2000), essa maior valorização do auxílio ligado aos bens materiais é característico da percepção dos homens.

Além disso, Dessen e Braz (2000) afirmam a importância que a rede exerce sobre a nova família, dando suporte necessário para que o processo de inclusão de um novo membro de forma mais amena. Na pesquisa, essa rede foi avaliada positivamente desde a ajuda financeira (auxílio à aquisição dos bens materiais para o bebê), como psicossociais (alegria com a chegada do RN, disposição para ajudar com o cuidado, seja do bebê ou da família e casa que ficaram “abandonados”).

*(...) A minha tia viu na Internet quantas fraldas precisava. A outra já... porque quando é três, aí todo mundo ajuda! (...) mas a gente tem família grande, então gente pra cuidar não vai faltar! (P05).*

*É o pessoal da empresa trouxeram, e aqui tinha uma moça que perdeu o bebê também, ficou amiga da Cintia, veio e trouxe as roupinhas que eram pra ser do bebezinho dela e infelizmente foi... trouxe fralda. Tem bastante coisa! (M10).*

Os participantes também relataram a mudança que ocorre na família com o nascimento de um filho. Brandt (2001) discute essa modificação e afirma que a entrada de uma nova criança na família traz mudanças profundas. Essas transformações também incluem a família de origem:

*O fato de uma criança assim, sempre une mais a família. Até um pouquinho os avós, o pai, tudo (P03). Ou (...) falei pra minha mãe, minha mãe também sempre quis ter um neto... apesar de ter cinco filho homem.... mais um neto agora (P08).*

### **5.3. Vivência da paternidade no período gestacional e no parto**

Compreende a experiência que o pai teve no decorrer da gravidez e do nascimento, bem como preocupações, sentimentos e necessidades que se fizeram presentes nesses



períodos. Este eixo busca atender ao objetivo de identificar como foi, para o pai, a vivência da gestação e do parto. Divide-se o eixo nas seguintes categorias:

**Quadro 7: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das vivências da paternidade no período gestacional e no parto**

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Gestação tranquila	15/20	-----	6/6	9/9	15
Gestação com complicações	5/20	Internações	2/4	1/1	3
		Mal estar	3/4		3
Preparação para o nascimento	20/20	Escolha do nome	9/10	6/10	15
		Aquisição de bens antes do nascimento	7/10	5/10	12
		Aquisição de bens durante internação	3/10	5/10	8
Participação no pré-natal	17/20	Consultas	2/9		2
		Exames/ultra-som	5/9	5/8	10
		Hospitalização	3/9	1/8	4
		Interesse/Amparo	5/9	4/8	9
Sentimentos frente à gravidez	15/20	Positivos	6/8	4/7	10
		Negativos		2/7	2
		Ambivalentes	2/8	1/7	3
Preocupação financeira	10/20	-----	5/5	5/5	10
Participação parto	11/20	-----	6/6	5/5	11
Sentimentos frente ao parto	9/20	Positivos	3/5	4/4	7
		Negativos	1/5		1
		Ambivalentes	1/5		1
Apoio à mãe	2/20	-----	2/2		2

- *Gestação tranquila* – É definida por uma gravidez considerada pelo pai como normal, sem intercorrências que envolvam problemas de saúde ou internações da gestante. Ela inclui as gestantes que tiveram um início de gravidez sereno, mas apresentaram trabalho de parto prematuro levando ao nascimento ou à internação por um pequeno período antes do parto.

- *Gestação com complicações* – É definida por gestações que apresentaram uma ou mais complicações, acarretando problemas de saúde, internações e até mesmo sendo consideradas gestações de risco.
  - Internações – refere-se a internações que foram necessárias durante a gestação por diversos motivos: fraqueza/desnutrição, infecções urinárias, sangramentos entre outros.
  - Mal estar – inclui relatos de muito enjôo e vômitos durante toda a gravidez ou constantes desmaios.
- *Preparação para o nascimento* – Refere-se aos comportamentos adotados pelo casal na elaboração da chegada do bebê. Isto inclui comentários sobre o quarto do bebê, roupas, fraldas e a escolha do nome.
  - Escolha do nome – abarca respostas que exprimem a eleição do nome escolhido ao bebê antes do nascimento, bem como motivos dessa opção e quem a fez.
  - Aquisição de bens materiais para o bebê antes do nascimento – envolve o relato de compra ou ganho de móveis, roupas e objetos necessários para o acolhimento do bebê em casa anterior ao nascimento.
  - Aquisição de bens durante a internação – abarca o relato de compra ou ganho de móveis, roupas e objetos necessários para o acolhimento do bebê em casa no período em que o bebê encontra-se no hospital, após seu nascimento.
- *Participação no pré-natal* – Define-se pela presença ativa do pai do decorrer da gestação acompanhando consultas, exames/ultra-sons e possíveis intercorrências e/ou mantendo-se informado quanto ao estado de saúde da mãe e do bebê,

- Consultas – acompanha a mãe do bebê às idas ao médico.
- Exames/ultra-sons – inclui presença na realização de testes realizados no período gestacional.
- Hospitalizações – abarca a participação do pai em momentos de hospitalização da mãe durante a gravidez.
- Interesse/Amparo – refere-se à preocupação e empenho demonstrado pelo pai em saber como está o desenvolvimento do feto, a assiduidade às consultas pré-natais e a insistência de que a gestante busque auxílio médico em caso de mal estar.
- *Sentimentos frente à gravidez* – Refere-se aos afetos e percepções que o pai relata ter durante a gestação e se apresentam de três formas:
  - Positivos – afetos e percepções que retratam alegria e contentamento pela gravidez, sendo esta desejada ou não.
  - Negativos – afetos e percepções que retratam preocupação ou traição frente à gestação indesejada.
  - Ambivalentes – afetos e percepções que variam durante a gravidez sendo positivos e negativos ao mesmo tempo.
- *Preocupação financeira* – Refere-se à apreensão vivida pelo pai frente à responsabilidade de ter de prover uma família.

Apesar do nascimento prematuro, a maioria dos participantes considerou a **gestação tranqüila**. Apenas cinco sujeitos afirmaram ter vivenciado uma **gestação com complicações**, em que ocorreu internação e/ou mal-estar freqüente. Os resultados indicam que o grupo 2 tendeu a perceber a gestação de forma mais tranqüila. Isso poderia estar

relacionado ao fato de esses participantes já terem maior experiência do período gestacional, bem como dos sinais indicadores de uma complicação e/ou do início do parto.

Em contrapartida, o grupo 1 apresentou mais respostas quanto a complicações na gravidez. Este grupo, além de não possuir experiência em paternidade, relatou, em suas falas, preocupação com qualquer que fosse o sintoma sentido pela gestante. Vale salientar que foi considerada a maneira segundo a qual os homens vivenciaram a gestação, sem considerar que, em muitos casos, a mulher foi internada algum tempo antes do nascimento da criança, por gestação de risco.

Já em relação à **preparação para o nascimento**, pôde-se perceber que o grupo 1 tende a escolher o nome e a adquirir os bens materiais necessários com maior antecedência que o grupo 2. Nove participantes de primeiro filho relataram já ter escolhido o nome ou ter uma relação de nomes antes do bebê vir ao mundo, enquanto apenas seis com de mais de um filho pensaram nesse item como preparação para a chegada do bebê. Os participantes relataram como escolheram os nomes, quem ajudou e como foi tomar a decisão junto à esposa.

*Ela tinha escolhido! Ela botou José, eu ia botar outro nome, aí como ele nasceu muito prematuro nós botamos outro nome também, de anjo, que é Michael. Eu ia botar José Maria (P08).*

*Já. Já tinha escolhido faz uns... faz uns três mês atrás, até quem escolheu mais foi eu e a menina, ela tem 4 anos(...) (M04).*

A aquisição dos bens com antecedência também demonstrou ser maior no G1 que no G2, o que pode estar relacionado ao fato de famílias com mais filhos já possuírem grande parte dos bens necessários, deixando o que falta para depois de saber o sexo, quando mais próximo do nascimento. Com o advento de um parto prematuro, os pais são surpreendidos e precisam terminar de preparar o que falta durante a internação do bebê.

Piccinini *et al.* (2004) descrevem que um dos meios de o pai se envolver com a gravidez é a partir da materialização do “quarto do bebê”. Piccinini e Levandowski (2002) afirmam que a idade do pai não influencia nesses processos, mas, considerando-se que no grupo 1 o pai é mais jovens, poder-se-ia supor que a idade e a inexperiência influem na ansiedade do pai frente à chegada do filho, fazendo-o preparar o ambiente com maior antecedência.

*O quarto, tudo... ela tem pronto. O enxoval estava todo pronto desde os 6 meses, assim que ela estava. A gente já tinha deixado tudo pronto... O quarto rosa (...)* (P01).

Piccinini *et al.* (2004) consideram **a participação no pré-natal** como um fator importante no envolvimento do pai com seu filho desde o início da gestação. Dezesete entrevistados apresentaram ter tido algum tipo de participação no pré-natal de sua companheira. A maioria relatou a presença em exames e ultra-sons e o interesse e amparo à mãe no momento gestacional: *Comecei a ir em todas as consultas, fui em todos os ultra-sons que tinha... mandei... tudo que tinha direito de fazer eu fiz!*(P09). Andreani (2006) constatou que o pai presta atenção ao bem estar das companheiras grávidas e demonstra carinho e preocupação com o filho e com o ambiente.

Além disso, o pai, principalmente o de primeiro filho, relatou acompanhar consultas pré-natais e hospitalizações da gestante. Foi possível perceber o engajamento dos participantes do primeiro grupo, tendo sido constatadas cinco respostas de participação a mais que o segundo grupo. Pode-se inferir que o pai de “primeira viagem” encontra-se mais ansioso em fazer sua passagem para a parentalidade. Entretanto, é possível que os homens do G2 não consigam se envolver tanto na gestação da companheira por terem outros filhos para cuidar, enquanto a mãe se dedica à gravidez.

A participação do pai no pré-natal é importante ainda, pois pode incentivar a companheira a fazer os devidos exames e comparecer às consultas pré-natais. Segundo Morais *et al.* (1998), esse fato possibilitaria o decréscimo dos nascimentos precoces, pois, em sua pesquisa, observou que a maior frequência de visitas pré-natais e a assistência precoce à gestante podem reduzir as taxas de partos prematuros e/ou de baixo peso.

Os **sentimentos frente à gravidez** variam entre positivos, negativos e ambivalentes. Os participantes do estudo relatam que, em geral, os sentimentos frente à gravidez são positivos, mesmo quando ela não foi planejada, ou quando foi planejada apenas pela mãe do bebê, como no caso de um dos participantes. Dez dos quinze entrevistados que apresentaram respostas para esta categoria relataram ter sentimentos positivos em relação à gravidez. Esse resultado corrobora com aqueles de Andreani (2006).

*É foi planejado já... vou te contar bem rapidão... cheguei aí lá três vezes pra vê o exame de gravidez (...) Daí eu cheguei lá a mulher bem assim: 'porra tu quer ser pai mesmo, né?' Eu ia lá direto... 'tu quer se pai mesmo tu vem aqui direto, eu acho que dessa vez tu vai conseguir' (P02).*

Apenas dois participantes disseram apresentar sentimentos negativos frente à gravidez, por estarem passando por um momento difícil para si e para a família e sentirem receio quanto às possibilidades econômicas de sustentar mais um filho.

*Nossa! Fiquei terrivelmente chateado e ainda assustado, porque eu não queria ter filho. Quando a gente casou, eu combinei com a Carol que a gente só teria filho daqui a uns dez anos. Que é porque a situação estava difícil e ela queria sair da cidade, entendeu? Aí... e eu, e eu pretendia fazer o que ela pediu, (...) que era trazer ela pra uma outra cidade, mas daí ela engravidou de propósito, ela quis engravidar... sem me consultar. E acabou ficando grávida, então no começo, meio que fiquei em choque (...) (M07).*

Outros três entrevistados relataram sentir ambivalência frente à gravidez, ora com sentimentos negativos, ora com positivos. *Ah... assim... fiquei assim... cho... um pouco chocado, um pouco emocionado (P01).*

A **preocupação financeira** mostrou-se significativa nesta amostra. O pai relata ter medo de não conseguir sustentar a família e se coloca na posição de principal provedor. Surge a responsabilidade de manter uma casa, a esposa e o filho. Metade dos participantes descreveu sua preocupação com a situação financeira.

*(...) a gente vai ter que agora ganhar mais dinheiro. A gente vai ter que organizar melhor o nosso espaço, pra abri uma lojinha com as nossas peças (...) Eu sou meio mão de vaca... tenho até o dinheiro pra comprar o carro, mas... eu fico preocupado se eu compro o carro e daqui a pouco acontece alguma coisa... eu sou bem indeciso (P05).*

O homem exerceu durante tanto tempo o papel de provedor da família, que continua a preocupar-se, com grande ênfase, com o sustento dela. Inúmeras são as pesquisas que constataam que o pai se coloca neste lugar, entre elas estão a de Bolli (2002), Castoldi (2002), Andreani (2006) e Orlandi (2006).

Castoldi (2002) destaca, em seu trabalho, que, apesar do pai estar se incluindo nos cuidados dos filhos, ele ainda atribui a si o papel de provedor, perpetuando a divisão de papéis homem-mulher e repetindo os padrões aprendidos na infância. Já Orlandi (2006) corrobora afirmando que os próprios adolescentes entrevistados atribuem ao pai maior responsabilidade pelo provimento, em consonância com essa divisão de papéis estabelecida em nossa sociedade. A autora afirma ainda que, além dos adolescentes afirmarem querer ter tido um emprego melhor antes de tornarem-se pai, também gostariam de concluir os estudos. Isso também foi identificado nesta pesquisa como demonstra o exemplo abaixo:

*Na verdade, eu estou na quarta fase... de contábeis entendeu... faltam três... três fases. São sete fases. Aí então eu queria esperar mais algum tempo, e ela também. Eu estou mais adiantado que ela ainda, na faculdade... Aí queria que ela terminasse também, pra depois ter um filho. Mas tudo bem, a situação não é tão ruim. Tenho um emprego bom, ela também... Aí ela também já queria... (P01).*

Quanto à **participação no parto**, apenas 11 (onze) puderam se fazer presentes no momento. Os outros participantes relataram ter tido vontade, porém, devido à rapidez como aconteceu ou por algum imprevisto, não puderam vivenciar o parto. Isso indica que o pai começa a se inserir e a ser inserido no instante do nascimento do filho. Storti (2004) acredita que a presença do pai no parto se faz importante, pois está relacionada à formação de um vínculo familiar, além de pretender propiciar confiança e tranquilidade para a parturiente. A participação contribui ainda para o compartilhamento da experiência como casal e para a formação do vínculo pai-bebê.

Os resultados desta pesquisa demonstram que, dos onze homens que participaram do nascimento e dos nove que falaram dos seus **sentimentos frente ao parto**, sete deles relatam a experiência de forma positiva:

*Tudo é... Não desgrudei da minha filha por um minuto (...) Foi legal! A gente chorou um monte... Eu particularmente... meu Deus, eu... quando eu vi minha filha saindo assim não me agüentei. Foi... foi uma coisa que a gente nunca sentiu... uma emoção que, com palavras, ninguém consegue descrever. Muito... muito legal mesmo (P01).*

*Aquela emoção tão grande!! Eu cheguei e chorei na hora que ela estava tendo neném... é uma emoção muito grande que um pai sente.(...) A gente só sabe o quanto custa a mãe da gente quando a gente vê a esposa tendo a criança! O sofrimento que ela está passando... pra nascer. E aquilo tudo... e aí que a gente vai saber o quanto custa uma mãe! E dá valor à mãe da gente! Só a gente ver! (M09).*

Além disso, um pai relatou o privilégio de ter sido o primeiro a ver seu filho como uma vantagem, haja vista não poder ter carregado o bebê em sua barriga. Na gravidez, todas as preocupações e atenções são voltadas para a mãe, e o pai fica de lado sendo cobrado de cuidar bem da esposa (Couto, s/d). Assim, poder ver seu filho, antes mesmo da mãe, legitima a participação do pai no momento de transição para a parentalidade: “*Eu fui o primeiro a ver ela. Isso ninguém tira de mim! Eu fui o primeiro a ver ela! A Rose pode ter carregado ela o tempo que for, mas eu que fui o primeiro a ver*” (P09).



Um pai demonstrou ambivalência nos sentimentos (*“Foi bom! É uma coisa meio sinistra. Foi legal! Na hora que ele saiu, todo roxinho, bem roxinho mesmo... bem pequenininho também! Foi bom!”* (P08)), e outro relatou não ter gostado da vivência. Quando questionado sobre como foi a situação do parto, este relatou que, ao invés de ficar ao lado da parturiente, ficou olhando os procedimentos cirúrgicos. A partir daí, sentiu náuseas e enjôos que perduraram pelos dias subseqüentes, principalmente quando via a esposa ou quando iniciava alguma refeição. Nesse caso equipe poderia ter poupado o pai de ver o sangue, instruindo-o dos procedimentos e da forma como pode participar do momento.

Os resultados revelam que a maioria dos participantes quer e gosta de ser inserido na hora do parto. Além disso, dois entrevistados afirmaram querer dar **apoio à mãe** neste momento. Esta é a função, muitas vezes, atribuída ao pai quando este acompanha o nascimento do filho. Segundo Carvalho (2003) e Storti (2004), a entrada do pai na sala de parto é importante do ponto de vista do apoio emocional à mãe e à formação do vínculo pai-bebê e homem-mulher, mas é fundamental que o progenitor seja preparado e instruído para efetivamente aproveitar o momento.

Motta (2003) descreve que a presença do pai é vista de forma positiva pela parturiente, mas assinala que o homem, além de exercer papel de apoio emocional, também está envolvido emocionalmente no processo. Assim, o pai precisa ser assistido em seus medos e inseguranças, respeitado em seus limites, e instruído e incentivado na maneira como pode participar de forma mais efetiva do parto.

#### **5.4. Vivência da paternidade no puerpério**

Este núcleo compreende a presença e participação do pai durante o período pós-parto, que devido à prematuridade se dá no hospital. Nesse sentido, compreende a

hospitalização, os cuidados exercidos, o MMC, os sentimentos frente ao RN e as expectativas com o desenvolvimento do filho. Busca responder aos objetivos de caracterizar os cuidados exercidos pelo pai ao seu bebê prematuro (Método Mãe Canguru – MMC), bem como de identificar as expectativas do pai para o desenvolvimento do seu filho.

**Quadro 8: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das vivências da paternidade no puerpério**

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Passar 7h ou mais por semana com o bebê no hospital	15/20	Morar na mesma cidade	6/7	6/8	12
		Morar em outra cidade	1/7	2/8	3
Avaliação da hospitalização	18/20	Positiva	2/9	2/9	4
		Negativa	1/9	3/9	4
		Ambivalente	6/9	4/9	10
Cuidados afetivos exercidos	19/20	Dar colo	6/10	9/9	15
		Tocar/acariciar/beijar	7/10	7/9	14
		Conversar	7/10	8/9	15
Cuidados Fisiológicos exercidos	7/20	Auxiliar na mamada	1/4	2/3	3
		Dar banho/limpar umbigo	2/4		2
		Trocar fralda	2/4	2/3	4
		Fazer dormir	1/4		1
Observação da responsividade do bebê	10/20	Chorar quando sai do colo	2/7	1/3	3
		Olhar em direção à voz do pai	3/7	2/3	5
		“Sorrir” quando tocado	2/7		2
Conhecer o MMC e a posição canguru	13/20	Descrever posição	8/8	5/5	13
		Descrever um ou mais benefícios	6/8	3/5	9
		Descrever momentos do método		1/5	1
Participar da posição canguru	15/20	Realizar posição	6/8	4/7	10
		Deseja realizar a posição	2/8	3/7	5
Sentimentos frente ao RN	20/20	Alegria/contentamento	9/10	9/10	18
		Complemento/melhora	2/10	1/10	3
		Cuidado/carinho/amor	2/10	3/10	5
		Mudança na vida /responsabilidade	1/10	1/10	2

		Orgulho/admiração	1/10	1/10	2
		Pena/susto	1/10	2/10	3
		Alívio/Preocupação/otimismo	2/10	7/10	9
Mudanças frente à prematuridade	12/20	Mais cuidado/proteção	5/6	2/6	7
		Medo/insegurança/preocupação		2/6	2
		Mais amor/carinho	2/6	3/6	5
Expectativas de Desenvolvimento	20/20	Crescer rapidamente/Ganhar peso	6/10	8/10	14
		Crescer saudável/normal	6/10	6/10	12

- *Passar mais de sete horas por semana com o bebê no hospital* – Inclui os participantes que, independentemente de onde moram, buscam passar ao menos uma hora por dia, ou os finais de semana com seu bebê.
  - Mora na cidade – abarca participantes que residem na mesma cidade onde fica o hospital.
  - Mora em outra cidade – envolve participantes que residem em outra localidade longe do hospital.
- *Avaliação da hospitalização* – Inclui respostas que examinam o período de internação do bebê, bem como a situação de distância do pai de seu filho e de sua companheira.
  - Positiva – refere-se a respostas positivas dadas pelos homens quanto à situação de hospitalização do filho e a conseqüente distância do mesmo e de sua esposa, devido aos cuidados exercidos ao bebê na maternidade.
  - Negativa – abarca respostas negativas dadas pelos participantes frente ao momento de hospitalização do filho devido à distância e às dificuldades de permanecer próximo do bebê e da sua companheira.

- *Cuidados afetivos* – Esta categoria abrange a participação do pai nos comportamentos que demonstram carinho e afeto ao bebê.
  - Dar colo – refere-se ao comportamento de pegar o bebê nos braços, seja com o bebê deitado sobre o braço do pai, ou na utilização do MMC.
  - Tocar/acariciar/beijar – compõe-se de comportamentos como aproximar-se do bebê com toques suaves, carícias e/ou beijos. Inclui também comportamentos definidos pelo participante como brincadeira.
  - Conversar – abarca falas do pai para com o bebê demonstrando seu carinho, sua presença e seu desejo de que o bebê reaja para ir para casa.
  
- *Cuidados de vida diária* – Inclui comportamentos de cuidado diário necessários para a sobrevivência do bebê que devem ser realizados para com o bebê, .
  - Auxiliar na mamada – participa do aleitamento, seja ajudando a mãe na ordenha, e/ou acordando o bebê para mamar.
  - Dar banho/limpar umbigo – inclui o auxílio nos cuidados higiênicos como a limpeza do corpo e do umbigo do filho.
  - Trocar fralda – diz respeito ao auxílio nos cuidados higiênicos de limpeza das excreções do bebê.
  - Fazer dormir – ninar o bebê para que ele adormeça.
  
- *Observação da Responsividade do bebê* – Compreende o comportamento de observar as características e reações do bebê, principalmente relacionados à sua voz ou ao seu toque.
  - Chorar quando sai do colo – percepção do desconforto do bebê quando tirado dos braços e do calor do corpo do pai.

- Olhar em direção à voz do pai – percepção do giro do rosto do bebê em direção à fala do participante.
- “Sorrir” quando tocado – percepção de expressão de agrado/felicidade aparente nos lábios do bebê ao sentir o toque da mão do pai.
- *Conhecer o MMC e a posição canguru* – Compreende a informação sobre o Método Mãe Canguru, bem como seus benefícios para o desenvolvimento do bebê. Essa informação se deu por meio da equipe, da leitura de folder, livros ou textos da internet ou mesmo a partir da observação de outros homens realizando a posição.
  - Descrever posição – demonstra o jeito de pegar o bebê segundo o método, seja verbalmente, ou por meio de gestos.
  - Descrever ao menos um benefício – inclui a apresentação de aspectos positivos do método para o bebê.
  - Descrever momentos do método – abarca a apresentação do método em seus diferentes períodos, desde a incubadora até a ida para casa e o acompanhamento ambulatorial.
- *Participar da posição canguru* – Compreende o pai que já realizou ou quer realizar a posição canguru, isto é, a forma de pegar o bebê no colo, enrolado junto ao peito com contato pele-a-pele.
  - Praticou a posição – inclui participantes que já pegaram o bebê no colo segundo o método.
  - Deseja praticar a posição – envolve participantes que demonstram interesse e querem pegar o bebê no colo segundo o método.

- *Sentimentos frente ao RN* – Este núcleo compreende os afetos e as percepções relatadas pelo pai frente ao seu bebê, na investigação de seus sentimentos frente ao filho.
  - Alegria/contentamento – compõe-se de sentimentos de gozo, de não caber em si, de “tudo”.
  - Complemento/melhora – inclui sentimentos de completude e enriquecimento da vida.
  - Cuidado/carinho/amor – abarca sentimentos de tomar conta, de acariciar e demonstrar todo afeto ao bebê.
  - Mudança na vida /responsabilidade – inclui percepção da carga e da necessidade de modificar aspectos da vida devido à chegada do filho.
  - Orgulho/admiração – compõe-se de sentimentos de entusiasmo e orgulho frente ao RN.
  - Pena/susto – refere-se à aflição e ao espanto sentidos momento em que vê o filho tão pequeno e frágil, diferente do imaginado.
  - Alívio/Preocupação/otimismo – inclui sentimentos de apreensão e consolo frente ao bebê frágil, mas vivo e sem aparentes problemas de saúde.
  
- *Mudanças frente à prematuridade* – Refere-se à possibilidade de modificação dos sentimentos em relação ao filho pelo fato de ser pequeno/prematuro.
  - Mais cuidado/proteção – inclui relatos de maior cultivo e superproteção pelo fato de ser prematuro.
  - Medo/insegurança/preocupação – abarca sentimentos de maior receio, dúvida e apreensão frente ao bebê.

- Mais amor/carinho – inclui maior quantidade de afeto para com o bebê.
- *Expectativas de Desenvolvimento* – Inclui os desejos relatados pelo pai quanto ao crescimento do seu bebê e a perspectiva frente ao futuro próximo de seu filho.
  - Crescer rapidamente/Ganhar peso – Esta subcategoria refere-se à expectativa apresentada pelos participantes de que seus filhos se desenvolvam com rapidez, aumentando o peso para que possam ganhar alta hospitalar e voltar ao lar.
  - Crescer saudável/normal – Refere-se ao desejo de que a criança desenvolva-se livre de doenças ou anormalidades quando comparada a um bebê a termo.

Em relação à quantidade de horas que o pai **passa no hospital**, pôde-se perceber que a maioria (quinze) dos participantes consegue passar 7h (sete horas) ou mais com seu bebê. Esse tempo despendido pelo pai na UTIN foi considerado independentemente de o pai vir passar uma hora por dia com seu filho, ou passar o final de semana inteiro com ele.

Dos cinco entrevistados que residem em outra cidade, três conseguem passar ao menos esse tempo com seu filho. Martinez (2004) demonstra, em sua pesquisa, que a presença do(a) pai/mãe favorece a estabilidade clínica do RN prematuro e seu processo desenvolvimental. Esses resultados devem ser repassados para o pai para que este perceba sua importância no ambiente hospitalar. O pai participante desta pesquisa indicou ter conhecimento desta informação, como bem demonstra a citação abaixo:

*Ter paciência, ter... ter cuidado... e continuar lutando, sempre estar do lado... conversando com ele... **pra que ele sinta também protegido e se sinta bem sabendo que os pais estão ali.** Porque ele conhece, a gente chega lá ele conhece... fala qualquer coisa ele já abre o olho, se mexe... então nesse momento de... de... de se... é o momento, é o que tu pode fazer por ele! O que eu posso fazer seria isso aí! E a Bia amamentar! E visitar ele, e o resto a medicina faz! A gente sabe que está sendo cuidado... (M03).*

Além disso, pode-se perceber a relação entre o tempo que o pai passa no hospital e a relação que estabelece com a mãe do bebê. Essa informação pode ser exemplificada com o caso do P07, de dezesseis anos, que não tinha uma relação estável com sua esposa e foi um dos homens mais difíceis de serem encontrados na UTIN. Anderson *et al.* (1999) e Maridaki-Kassotaki (2000) corroboram com essa idéia afirmando que o tempo que o pai despense com o filho é resultado da qualidade da relação com a mãe do bebê. Pode-se perceber ainda que o tipo de trabalho e a quantidade de horas que o pai permanece trabalhando facilitam ou dificultam a permanência do mesmo na UTIN, concordando com a pesquisa de Lewis e Dessen (1999) que já afirmava essa relação.

A **avaliação da hospitalização**, expressa pelos participantes, variou entre positiva, negativa e ambivalente. Quatro entrevistados atribuíram valor positivo à hospitalização, já que esta possibilita que seu filho esteja num ambiente cercado de profissionais que podem exercer cuidados e ficam atentos em relação a possíveis intercorrências.

*Não! Normal! Melhor estar aqui do que em casa. Aqui ele está sobre cuidados, em casa... ela nunca foi mãe! Vai cair o umbiguinho agora... já caiu. Não precisa nem passar aqueles... Não precisa nem passar, que tinha que cuidar pra não pegar infecção, mas agora... não tem nenhum problema agora que ele está sob cuidado. Leva pra casa legalzinho (P02).*

Outros quatro participantes avaliaram a internação de forma negativa, referindo-se ao vazio sentido na hora de deixar o bebê no hospital enquanto vão para casa. Esse vazio é descrito por outros participantes de outras pesquisas, como a de Tronchin e Tsunehiro (2006) ou de Caetano *et al.* (2005), em que relatam essa experiência como frustrante e negativa. Além disso, a amostra refere-se também à dificuldade de ver seu bebê em incubadora, cheio de fios e ligado a vários aparelhos. Relatos semelhantes se apresentaram na pesquisa de Lamy *et al.* (1997) e na de Tronchin e Tsunehiro (2006).



Essa experiência influi diretamente em uma visão de excessiva fragilidade do bebê que, por sua vez, faz com que os homens se sintam inseguros em tocar ou perder o bebê (Feijó, 1998), assumindo uma postura cautelosa e menos espontânea, como as mães pesquisadas por Almeida *et al.* (2003).

*... o triste é ir embora e deixar ela aqui. Isso é o pior de tudo! Fico aqui o dia todo, mas como a gente não dorme aqui. A gente vai pra casa... aí a gente vai daqui até em casa chorando. Não agüentamos deixar ela aqui. Essa é a pior parte! Fato ruim também, que eu não gostei, não que eu não gostei porque era preciso, mas que me deixava bem, bem chateado mesmo é eu chegar e ver ela lá na incubadora. Cheia de aparelho...(...) O batimento cardíaco... foi o que mais me desagradou assim... de deixou chateado... eu não agüentava ver ela... ela... um recém nascido prematuro... é muito frágil! Furar com a agulha, né? Perdia uma veia dela... aí tinha que furar em outro lugar... aí perdia e mexia muito, ela sempre mexia muito, aí perdia ali, aí colocava, colocaram até na cabeça dela, tiveram que raspar a cabecinha dela pra achar uma veia. Ah... aquilo acabou comigo! Ah... não agüentava (P01).*

A maioria dos participantes, porém, tem sentimentos ambivalentes quanto à hospitalização, reconhecendo que esta é mais apropriada para o bebê no estado em que se encontra, porém ressaltando o desejo de ter seu filho em casa, sem a necessidade de tantas intervenções da equipe.

*Ah! Não está muito bem. Porque tem que ficar vindo no hospital... não é ruim, mas também... por ele a gente tem que fazer isso. Mas eu queria que ele tivesse em casa logo. Que também o hospital é bom. Que dá a assistência toda. Não só pra ele como pra ela também...e é bom... o pessoal aqui é bom também (P08).*

O hospital passa a fazer parte do mesossistema do indivíduo, tornando-se palco de sua vida diária, onde estabelece interações com seu bebê, com sua esposa, com a equipe de saúde e com outros homens que ali se encontram em situações semelhantes. Toda sua rotina de vida é alterada para adequar-se à situação de prematuridade, e essas mudanças, mesmo que muitas vezes transitórias, afetam a vida e os sentimentos do pai.

Mesmo querendo seu filho em casa, alguns entrevistados relataram ter medo de cuidar do bebê. Porém, é preciso que eles se arrisquem sem medo de errar e com vontade de aprender o como melhor cuidar do seu filho, para poder construir a paternidade (Klaus e Kennel, 1992). Em relação ao exercício dos cuidados exercidos, pode-se dizer que estes se dividem em dois tipos: os afetivos e os de vida diária.

Pode-se perceber que, enquanto 19 (dezenove) participantes relataram exercer algum tipo de **cuidado afetivo** em relação ao bebê, apenas 7 (sete) realizam algum tipo de **cuidado de vida diária**. Os cuidados afetivos, como dar colo, tocar, acariciar, beijar, conversar com o bebê, são atividades que o pai realiza com maior frequência em relação aos de vida diária. Além disso, os participantes demonstraram conhecer as restrições presentes no cuidado do bebê prematuro:

*Eu pego na mão dele, no pé, na cabeça... fico alisa... boto a mão nas costinhas dele. Não fico alisando ele, porque não pode alisar, que sente cócegas, não pode é prematuro... aí eu fico só botando a mão em cima, boto umas palminhas na bunda dele, de vez em quando pego no pintinho dele quando ele está pelado só! (P08).*

Esses resultados complementam as pesquisas realizadas por Castoldi (2002) e Bolli (2002), as quais identificaram que os cuidados exercidos pelos homens estão mais relacionados com atividades recreativas e lúdicas, deixando às mães os cuidados efetivos. O comportamento de brincar com o filho também foi constatado na presente pesquisa. Junto com o toque, o beijo e as carícias o pai afirma brincar com o filho, fazendo cócegas e sacudindo levemente as mãos e/ou pés do RN.

*Ah, vou lá incomodar ele, pego nos pés dele, abro a portinha, pego no colo, começo a dar uns beijinhos na mão e no pé, principalmente agora... que na... na hora que ele vai comer e daí ele é preguiçoso. Nessa hora eles só querem dormir e comer, só. Aí... aí deixa... ó! Se é pra acordar ele deixa comigo, sou craque nisso, aí já pego ele no colo, já começo a fazer um cheirinho, daí nisso eu fico brincando com mão, faço cosquinha no pé, aí num instantinho ele acorda (M01).*

Esse fator também foi discutido por Vieira e Sartorio (2002), constatando que também em pesquisas realizadas com animais foram encontrados indícios de que o macho brinca mais com o filhote que a fêmea. Vale frisar a importância da brincadeira no desenvolvimento da criança, principalmente no motor e social (Prado e Vieira, 2003).

Segundo Crepaldi *et al.* (2006), o pai aproveita o tempo com seu filho de forma diferente da mãe. As mães relatam que o pai brinca, conversa e canta com seu filho. Esse resultado também pode ser constatado nesta pesquisa, pois, como já descrito anteriormente, o pai relata conversar e brincar com o RN.

Porém, o fato de 7 (sete) participantes apresentarem 10 (dez) respostas ligadas ao cuidado de vida diária indica que o pai começa a assumir um pouco mais os cuidados da criança. Segundo Lewis e Dessen (1999), a maior permanência com o filho se dá ao menos quando a mãe não pode estar presente. Isso foi verificado com os homens que tinham tanto seus filhos como suas esposas internadas no hospital. O pai nessa situação mostrou-se mais presente e preocupado com a criança, agindo de forma a cuidar do bebê com maior veemência enquanto a mãe não podia estar presente.

*Eu dou banho, eu troco fralda, eu faço tudo, tudo. Eu sempre quis aprender. A moça tava ali 'Quer aprender pai?' e eu 'Quero'. Eu quero aprender, não quero... vai que um dia a mãe falta, alguma coisa. Eu não vou poder dar aquilo que minha filha precisa? Então... aprendi! Tanto é quem hoje, hoje mesmo a minha esposa não trocou fralda nem uma vez! Quem trocou fui eu! E por vontade própria minha porque eu quero fazer! Eu, se eu puder fazer alguma coisa de bom pra ela, eu faço (P01).*

Conforme Bandeira *et al.* (2006), o pai vem exercendo cada vez mais funções complexas e diversas junto à criança. Ele é educador, trocador de fraldas, treinador, amigo, cozinheiro, entre outros papéis que a contemporaneidade passou a lhe exigir. Cada vez mais o homem assume o papel de co-parentalidade (Pleck e Pleck, 1997).

Esses cuidados exercidos pelo pai ao filho, sejam afetivos ou os de vida diária, são exemplos das micro-interações que se estabelecem no microssistema familiar (Bronfenbrenner, 1996). São processos de interação que promovem o desenvolvimento do indivíduo (tanto pai quanto filho) e que fortificam o vínculo. É importante que o pai estabeleça o contato precoce com o bebê mesmo que, inicialmente, pegando no colo, tocando ou acariciando. Klaus e Kennel (1992) constataram que homens que seguram seus filhos no colo desde os primeiros momentos de vida e auxiliam nos cuidados desde a maternidade tendem a realizar mais tarefas de cuidado durante a vida do filho. Como já discutido anteriormente, a paternidade precisa ser construída e, para tanto, necessita-se que o pai tenha contato com seu filho, pois é com ele que aprenderá a exercer esse papel.

A metade dos homens relatou notar o comportamento dos filhos em relação a eles, percebendo de forma positiva essa resposta dada pelo bebê. A **observação da responsividade do bebê** quanto ao colo, à voz do pai ou ao toque parece trazer ânimo ao pai que sente vontade de continuar interagindo com a criança.

*Eu chamo o nome dele, eu chamo o nome dele, e ele abre os olhos e fica todo feliz... ele atende bem como pode, que é tão pequenininho mas a consciência dele já está bem normal. Pensamento dele, as ideinhas dele, porque ele deve pensar 'oh, chegou o pai, chegou a mãe' (M03).*

Brazelton (1994) já afirmava que os comportamentos apresentados pelo RN têm efeito positivo sobre o pai, e este, ao receber informações sobre o filho, sente-se importante, demonstrando reconhecer a linguagem do bebê. Lamy *et al.* (1997) também contribuem no reconhecimento desse fato, já que descreveram que as mães reconhecem que o bebê gosta do seu contato identificando manifestações de carinho. Feijó (1998) corrobora ao constatar que mães que percebem as respostas dos seus bebês mostram-se mais motivadas a cuidar do filho.

Pode-se concluir que tanto o pai quanto a mãe precisam aprender a perceber as respostas apresentadas pelo RN para se sentirem motivados no engajamento ao filho. A equipe deve estar atenta para facilitar que o pai reconheça os comportamentos apresentados pelo bebê mesmo prematuro, e para ensinar ao homem como exercer os cuidados ao seu filho hospitalizado. O MMC contribui com essa idéia à medida que visa à inclusão gradativa da família nos cuidados da criança.

Treze dos participantes afirmaram **conhecer o MMC**, mesmo que a maioria só soubesse descrever a **posição Canguru**. Seis participantes conseguiram apresentar um ou mais benefícios do Método:

*Assim, é pra buscar assim manter a temperatura do neném... ajudar ele a controlar a respiração, que quando ele escuta o batimento cardíaco ele lembra que tem que respirar... aí... outra coisa é estreitar o laço afetivo. Entre o bebê e o pai ou a mãe ou quem quer que seja. Se for preciso pode ser estendida até aos avós. E... acho que esses são os três pontos principais! (...) Oh se você quiser saber é [www.nascerantes.com.br](http://www.nascerantes.com.br). Eu olhei ali! (P09).*

Um pai, além de conhecer a posição e os benefícios, trouxe ainda descrição dos três momentos relatados no manual MMC (Brasil, 2002). Ele descreveu o primeiro momento na incubadora, o segundo quando se pratica a Posição a maior parte do tempo no hospital e o terceiro no qual a família leva o RN para casa, mas deve trazê-lo com frequência à maternidade (duas a três vezes por semana).

Os dados demonstram que, mesmo relacionando o método com a posição, os participantes sabem dos benefícios do mesmo. Além disso, 10 (dez) já **realizaram a posição** descrevendo-a com sensações boas, e 5 (cinco) revelaram grande interesse em realizá-la.

*Senti uma coisa boa assim... sabe que é a filha da gente... a gente fica emocionado de ver aquela criança ali. É bom! Muito gostoso, e eu acho que transmite assim essa coisa boa que a gente sente e se estiver encostado transmite pra ela também (M10).*

O empenho em participar do método é fundamental para que este funcione, pois, segundo Toma (2003), a família precisa apoiar a mãe e participar dos cuidados, bem como da posição para que o método possa ser estabelecido com sucesso. A participação no método traz benefícios para o bebê, principalmente em relação aos batimentos cardíacos do bebê, à saturação de oxigênio e à temperatura axilar (Miltersteiner *et al.*, 2003) e para o vínculo entre o RN e os pais, porém, exige transformações na vida familiar (Caetano, Scochi e Ângelo, 2005). Assim, é importante incentivar a realização da posição canguru, tanto para mãe como para o pai para que este possa fortalecer o vínculo e dividir com a mãe a responsabilidade de cuidar do bebê quando este tiver alta.

Em relação aos **sentimentos frente ao RN**, percebe-se que todos apresentam afetos que variam entre alegria/contentamento, complemento/melhora, cuidado/amor/carinho, mudança na vida/responsabilidade, orgulho/admiração, pena/susto e alívio/otimismo/preocupação.

*(...) Só me assustei porque ela era muito pequenininha, nunca tinha visto um bebê prematuro, nem visto, nunca vi. Primeira vez, nossa! Me deu um gelo. (...) Nem... fazia a menor idéia que era daquele tamanhinho. Nossa, foi um choque. Falei, não vai crescer, esse negócio é muito pequenininho, meu Deus. Mas, depois fui acostumando, assim, do terceiro dia em diante já foi melhorando. Agora, no primeiro e no segundo dia, foi difícil. Dá um... assim, um... uma coisa por dentro da gente assim não dá pra explicar, a sensação é bem estranha, parece que vai quebrar. E aparece mil coisas na cabeça, se não tiver... tem que ter bastante força, porque senão... aparece uma loucura uma coisa esquisita. Um desespero! Sabe, dá vontade de sair correndo, esse tipo de coisa. Eu não gosto muito de ver sofrendo, sofrimento de ninguém, ainda mais meu filho, daí é pior. Então... dá uma coisa estranha, parece que o coração da gente está apertando. Bem chato. Bem chato mesmo (M07).*

A situação de risco traz ao pai o susto, a pena e a preocupação, porém, aos poucos, sentimentos de otimismo, alívio vão surgindo e dando espaço para a criança entrar na vida do homem de forma a complementar e melhorar sua vida, mudando-a e trazendo-lhe mais

responsabilidade, podendo sentir admiração, cuidado, carinho e amor pelo seu filho. Chama a atenção que, apesar de haver sentimentos que podem ser considerados negativos, a maioria deles são sentimentos positivos. Além disso, praticamente todos dizem sentir alegria e contentamento frente ao filho.

*Está aí é... não, não tenho nada do que reclamar... ela só veio pra complementar. Só pra complementar. E ela... uma alegria mesmo que 'está louco'. (...) Na verdade hoje ela é minha vida. Meu Deus! Não me imagino sem ela hoje. Já falei pra minha esposa... quer me machucar hoje é tirar ela de perto de mim! É o que eu sinto assim, porque ela é tudo pra mim! Tudo, tudo. Meu Deus, a minha filha é tudo (P01).*

Muitos dos sentimentos que apareceram nesta pesquisa foram relatados por mães na pesquisa de Linhares *et al.* (2000). As mães revelaram-se preocupadas ao mesmo tempo em que tinham sensações de alívio e esperança em relação ao bebê.

Quando questionados sobre a possibilidade de **mudanças devido à prematuridade**, 12 (doze) dos participantes apresentaram respostas dizendo terem se tornado mais cuidadosos, desejando proteger o bebê, mais inseguros e preocupados, ou com mais carinho e amor.

*Eu acho que agora eu sou mais protetor ainda! Isso muda, eu tenho, nossa, um carinho parece em dobro assim! O fato dela... nascer prematura, mais frágil, aí... aí... vou ser mais protetor, assim (P01).*

Esse fato foi analisado por Linhares *et al.* (2000), que constataram que os problemas apresentados por crianças prematuras, principalmente quando relacionados ao comportamento, podem ser relacionados com o modo como se estabelece a relação da mãe com a criança. Se a mãe percebe seu bebê como vulnerável, pode passar a superprotegê-lo dificultando seu desenvolvimento. Dessa forma, esses sentimentos de maior cuidado e superproteção podem influenciar na interação do pai com o filho, gerando problemas no desenvolvimento da criança.

Segundo Longhi (2001), o pai considera como sua a tarefa de proteger a criança das adversidades da vida. O anseio por proteger sua cria é aumentado frente ao fato de o bebê possuir uma aparência tão frágil e delicada. Cabe à equipe trabalhar esses sentimentos apresentados pelos participantes buscando diminuir ou amenizar essas diferenças a fim de propiciar o desenvolvimento normativo.

As **expectativas frente ao desenvolvimento** do filho apresentadas pelos entrevistados foram de crescer rapidamente, ganhando peso (e podendo sair do hospital), e crescer de forma saudável e normal. Misturado ao desejo de que o filho saísse daquela situação, foram encontrados anseios em ver seu filho correndo em casa, fazendo bagunça e se desenvolvendo de forma semelhante ao bebê a termo.

### 5.5. Dificuldades encontradas

Abarca os empecilhos relatados pelos participantes para que pudessem estar mais presentes e participantes nos cuidados do bebê. Este eixo não se relaciona com qualquer objetivo desse trabalho, mas visto a presença de tais informações nas entrevistas e sua relevância em relação à participação do pai no momento de prematuridade, é importante sua apresentação e discussão.

**Quadro 9: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo das dificuldades encontradas durante o período de prematuridade**

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Trabalho	4/20	Autônomo	1/3	1/1	2
		Leis trabalhistas	2/3		2
Regras da instituição	2/20	Vagas no hotelzinho	1/2		1
		Horário de visitas do pai	1/2		1
Filhos	3/20	-----		3/3	3

- *Trabalho* – Compreende as dificuldades relacionadas ao ofício dos participantes, bem como seu vínculo empregatício no mercado de trabalho. Esses obstáculos



englobam o não cumprimento de leis trabalhistas, a restrição da licença paternidade ou mesmo as dificuldades enfrentadas pelo profissional autônomo.

- Autônomo – inclui dificuldades enfrentadas por profissionais que não possuem carteira assinada e, portanto, não têm direito à licença paternidade.
- Leis trabalhistas – compõem-se das normas que regem a relação empregatícia que confere ao pai apenas cinco dias para ficar com seu filho.
- *Regras da instituição* – Abarca as barreiras encontradas pelo pai devido a normas do hospital.
  - Vagas no Hotelzinho – inclui a necessidade apresentada pelos homens do aumento de leitos para as mães que devem amamentar seu filho prematuro durante a internação, abrangendo a possibilidade de o pai também poder dormir na instituição.
  - Horário de visita – inclui o desejo da não restrição da entrada do pai na UTIN, mesmo nos horários noturnos.
- *Filhos* – relaciona-se aos homens do grupo 2 que relatam preocupação com a sua prole, que se encontra em casa aos cuidados de parentes ou amigos, e dividem a atenção entre o bebê e os demais filhos.

No decorrer desta pesquisa, inúmeras dificuldades foram relatadas pelo pai. Pelo fato da investigação ter estabelecido suas bases na teoria sistêmica, estes dados se fizeram importantes, pois, segundo Bronfenbrenner (1986), as relações estabelecidas entre os membros e os ambientes nos quais estão inseridos interferem nas suas interações familiares. Assim, o **trabalho**, **regras institucionais** e mesmo a **família** influenciam no relacionamento do pai com o bebê prematuro.

Mesmo sem terem sido questionados a respeito, quatro entrevistados relataram sentir dificuldades em permanecer presentes no hospital devido a questões trabalhistas. Destes, dois são autônomos, o que, por um lado, permite maior flexibilidade de horários, mas, por outro, são excluídos dos direitos trabalhistas, perdendo o direito da licença paternidade. Estes participantes vêm-se num dilema, pois, se, por um lado, desejam estar junto ao filho, por outro, sentem a cobrança (interna e externa) de garantirem o provimento da família.

Como já discutido anteriormente, os homens sentem-se responsáveis pelo sustento do lar e tendem a trabalhar ainda mais para garantir o mantimento. Tal fato vai de acordo com Castoldi (2002) que constata que o pai é pouco acessível devido às extensas jornadas de trabalho que assume frente à responsabilidade em relação ao novo ser.

As leis trabalhistas também são apresentadas por dois participantes que se vêm injustiçados com o fato de não poderem ficar mais tempo com o filho. Eles consideram cinco dias de licença muito pouco. Um deles chegou a perder o emprego, pois preferiu acompanhar a esposa e o filho nas internações. Tal conjuntura nos faz questionar a legislação vigente que, apesar de colocar a maternidade e a paternidade em grau de equivalência (Brasil, 1988), não disponibiliza com mesma equiparidade o período que a mãe e o pai possuem em relação ao nascimento dos filhos.

A necessidade da mãe se fazer presente no momento de internação do RN é clara no sentido de se considerar a amamentação. Porém, a naturalização da mãe como “cuidadora ideal” e do pai como simples provedor acaba por excluí-lo de um processo de igual valor para a tríade. O pai deveria ter o direito de permanecer junto ao filho prematuro, estabelecendo vínculos e lutando pela vida de seu bebê. Seu investimento na vida do filho é de igual valor ao da mãe. Carvalho (2003) corrobora afirmando a

importância da ampliação da discussão social sobre a paternidade e da formulação de políticas trabalhistas que garantam a presença do pai nos serviços de saúde.

Essas regras que se impõe sobre o trabalhador são referentes ao macrosistema (cultura e regras sociais) do participante (Bronfenbrenner, 1996). A norma social afirma que o homem tem cinco dias de licença paternidade, o que, por ser uma lei, deve ser cumprida. Além disso, deve-se ter em conta as conseqüências da modificação dessa norma frente à sociedade e à economia. Mesmo assim, o assunto deve ser estudado e discutido buscando soluções que possibilitem ao pai vivenciar sua paternidade de forma mais participativa.

Porém, os próprios homens acreditam não serem tão necessários para a vida do bebê, colocando-se como auxiliar da mãe no processo de educação. Muitos dos participantes afirmam que o principal era a mãe estar bem para poder cuidar do filho, excluindo-se a si mesmo do seu papel no desenvolvimento da criança. Castoldi (2002), Bolli (2002) e Orlandi (2006) são alguns dos autores que constata o fato de o próprio pai atribuir à mãe maior relevância nos cuidados do filho, considerando-se mero coadjuvante do processo.

Outro fator que surgiu no decorrer das entrevistas que diz respeito às dificuldades na permanência do pai com o filho prematuro foi relacionado às regras da instituição. Dois participantes relatam não concordar com a instituição que não permite ao pai pernoitar no hospital. Eles trouxeram questões referentes à falta de vagas no hotelzinho (local em que as mães costumam utilizar durante a internação do filho) para as mães e à carência de um lugar para o pai. Aos homens que vêm de outra cidade é disponibilizado local para dormir na comunidade, mas não existe local próprio para que este possa permanecer junto ao filho na Maternidade. Além disso, um pai reclamou da impossibilidade de visitar o filho após certa hora da noite.

Descobriu-se ainda que dois participantes dormiam no hospital, mesmo sem permissão. Um deles permaneceu no hospital como acompanhante de uma gestante que se encontrava sozinha e, com isso, teve uma poltrona garantida por algum tempo, e outro dormia numa sala chamada “troca de plantão”. Uma mãe que teve de ceder sua vaga no hotelzinho para uma puérpera vindo de outra cidade, também pernitoou nesta sala por alguns dias. Esses fatos demonstram o interesse do pai em permanecer junto ao filho, principalmente nesse momento:

*(...) que eu ficar do lado dele, ele me ver, a energia do pai e da mãe ali do lado dele vai ser bem melhor pra ele. Ele vai dizer, ele não vai dizer porque ele não sabe, mas quando ele pegar a idade dele, e começar a falar ele vai dizer: “**é pelo menos meu pai e minha mãe não saíram do meu lado** (...) (M02).*

No caso dos participantes do G2, apareceram as questões relacionadas aos filhos que permanecem em casa. O pai demonstra-se dividido entre permanecer no hospital ou atender aos outros filhos que sentem falta da mãe e não compreendem ao certo o que aconteceu com o irmão. Esse sentimento de divisão entre o bebê internado e os filhos que se encontram em casa foi relatado por mães na pesquisa de Toma (2003). Assim, a rede de apoio do casal deve ser acionada para que o pai possa dedicar esse momento ao seu bebê de forma mais tranquila.

## **5.6. Família de origem**

Este eixo também não se encontra relacionado aos objetivos, mas devido à presença desses aspectos em outros estudos e sua relevância frente à concepção teórica adotada pela autora, optou-se por apresentá-lo. Ele abarca a referência feita pelos participantes aos próprios pais e suas vivências no lar de origem.

**Quadro 10: Quadro das respostas apresentadas para as categorias e subcategorias do eixo da família de origem**

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G1+G2</i>
Referência positiva ao pai	4/20	-----	4/4		4
Referência negativa ao pai	2/20	-----	1/1	1/1	2
Referência positiva à mãe	4/20	-----	3/3	1/1	4

- *Referência positiva ao pai* – Definida pela lembrança vivida de forma positiva de sua relação com seu pai na infância, bem como o desejo de educar seus próprios filhos de forma semelhante.
- *Referência negativa ao pai* – Definida pela lembrança vivida de forma negativa do seu relacionamento com seu próprio pai na infância, bem como o desejo de educar seus filhos de forma diferente.
- *Referência positiva à mãe* - Definida pela lembrança vivida de forma positiva de sua relação com sua mãe na infância, bem como o desejo de educar seus filhos de forma semelhante.

Referências feitas às famílias de origem também foram encontradas em número na pesquisa. A metade dos participantes, em algum momento da entrevista, afirmou querer fazer coisas de forma semelhante ou diferente do pai ou da mãe, lembrando-se de histórias da sua própria infância.

Quatro participantes revelaram ter tido experiências positivas com o pai, querendo repetir a educação recebida com seus filhos. Dois demonstraram ter tido experiências negativas, querendo modificar sua conduta com o próprio filho. Em relação à mãe, apareceram apenas referências positivas. Quatro participantes referiram-se à mãe de forma positiva.

Parece que o fato de tornar-se pai permite ao homem entrar em contato com suas vivências na própria família. Esses dados corroboram com o trabalho de Andreani (2006), que afirma que o pai entrevistado fazia referência a sua família de origem, e com o estudo realizado por Beiras (2007), que descreve aspectos que o pai atual apresenta e que estão intimamente ligados com a forma de seu próprio pai exercer a paternidade. Segundo o autor, o novo e o velho co-existem.

Percebe-se aqui o cronossitesma (Bronfenbrenner, 1996), pois as experiências vividas influenciam na construção da paternidade a partir do cotidiano e da história de vida que cada um carrega consigo. A paternidade começa a ser construída desde a infância, com o(s) modelo(s) de paternidade(s) que o filho tem. Hopfner (2004) afirma que meninos constroem seu modelo ideal de paternidade a partir das vivências que têm com homens significativos em suas vidas. Porém, não se pode descartar a necessidade de se propiciar ao homem formas de treinar o cuidado desde sua infância.

## 6. CONCLUSÕES

Os sistemas que envolvem o pai e a família no momento de prematuridade influenciam na forma como o homem vivencia a paternidade e a prematuridade do seu filho. Além do sistema familiar em que o pai se encontra inserido, os subsistemas casa, hospital e trabalho implicam tanto a concepção acerca da situação que vive, bem como o engajamento para com seu filho e sua companheira. Os membros familiares vêm-se impelidos a deixar sua casa para passar a maior parte do tempo no ambiente hospitalar.

O pai tem sua rotina alterada, tendo que se dividir entre o trabalho, o hospital e algumas horas em casa. Para o pai de mais de um filho, esse fator é ainda mais incômodo devido às necessidades das outras crianças que, muitas vezes, passam a ser de responsabilidade do homem, já que à mãe é atribuído o cuidado contínuo do filho prematuro. Levando-se em conta esse contexto, os resultados encontrados na presente pesquisa permitem que sejam tiradas algumas conclusões no que concerne ao homem, pai do bebê prematuro.

Pôde-se constatar, em relação às concepções do pai acerca da prematuridade, que o homem, em sua maioria, sabe que essa se constitui do fato de o bebê nascer antes do término da gestação. Porém, ele conecta a isso questões de fragilidade, sensibilidade, doença, baixo peso, má formação, necessidade de cuidados especiais e risco de morte. É provável que essas impressões sejam criadas a partir do impacto que o homem sofre ao ver seu filho internado na UTIN dentro de uma caixa (Incubadora) ligado a tubos e aparelhos que impressionam.

Mesmo assim, a pesquisa evidencia que o pai tem, de maneira geral, sentimentos positivos e esperançosos frente ao prematuro. Dentre os mais expressos, encontra-se a alegria e o contentamento; o cuidado, amor e carinho; e os sentimentos de alívio,

preocupação e otimismo. O homem afirma que, com o advento da prematuridade, tende a aumentar o grau de cuidado e proteção para com a criança prematura. Além disso, foi percebido que o pai incute desejos e vontades ao filho, afirmando que este **quer** “vir ao mundo mais cedo” ou que é “um guerreiro”.

A situação de prematuridade é vivida, porém, de forma difícil para a família. Como se evidenciou no uso contínuo de reticências nas falas do pai, o que demonstra a dificuldade que este tem em tratar do assunto. Além disso, o uso exagerado de palavras no diminutivo, principalmente quando relacionadas aos problemas de saúde apresentados na criança (probleminha, cirurgiazinha, inflamaçãozinha) revelaram certa negação do real estado de saúde da criança.

Quanto às interações que o homem estabelece com a mãe da criança, foi constatado que ocorreram mudanças, algumas positivas (mais amor, união, carinho) e outras negativas (chateação, nervosismo, depressão), que se estabeleceram frente à situação em que o casal se encontra. Essas mudanças, porém, não são necessariamente atreladas ao nascimento prematuro, pois algumas delas foram relatadas a partir do simples nascimento do filho. Além disso, o pai relatou conversar mais com sua companheira.

Em relação à equipe, foi possível perceber que o pai recebe e busca informações, mas que estas não necessariamente são internalizadas. Existe nessa díade (equipe-pai) uma dificuldade de comunicação que fez com que os participantes afirmassem não receber informações, ao tempo que traziam alguns conhecimentos, principalmente em relação ao estado de saúde do bebê, aos cuidados necessários e ao MMC.

Também o uso de palavras no diminutivo pode ter relação com a equipe, representando a dificuldade desta em passar informações difíceis, amenizando as intercorrências que se apresentam, os procedimentos invasivos e os agentes estressores



para a criança (barulho, luminosidade, excesso de estímulos). O que se verifica é que, de alguma forma, as informações negativas não chegam a ser assimiladas pelo pai.

Mesmo assim, o estudo constata a importância da equipe, que, neste momento, passa a fazer parte do mesossistema da família (já que influi no seu funcionamento), na busca de formas de aproximar o pai de seu filho o mais cedo possível. Propiciar a aproximação do homem ao processo reprodutivo como um todo é favorecer também a construção de uma paternidade mais engajada e presente, além de ser fator de proteção à família e à criança, seja ela prematura ou não.

A presença de uma rede de apoio à família também se mostrou fundamental no discurso dos participantes. Essa rede auxilia a amenizar as dificuldades que se estabelecem na situação de prematuridade. O pai que pode contar com alguém que cuida da casa, dos negócios e/ou dos outros filhos por algum período consegue participar de forma mais efetiva na vida de seu filho prematuro.

Segundo os resultados encontrados neste trabalho, as pessoas mais indicadas pelos participantes a realizar esse apoio foram referentes à família extensa. Os entrevistados afirmaram, em sua maioria, que avós e tios da criança estavam auxiliando tanto financeira quanto emocionalmente e de ordem prática (cuidado dos outros filhos, cuidado da casa, do sítio etc.). A ajuda mais presente no discurso do pai foi a financeira (ganho de berço, fraldas, roupas).

Referente à vivência da paternidade, o estudo demonstrou que o pai entrevistado está vivendo de forma mais ativa a sua paternidade. Essa participação se inicia na gestação, quando o pai se mostra interessado em participar do pré-natal e do preparo do ambiente para a chegada do filho. Também, na hora do parto, o homem tem se mostrado participativo desejando estar presente no momento de nascimento do bebê esperado.

Nos cuidados ao filho, o pai demonstra interesse e participação, não só nas atividades relatadas pelos pesquisadores como típicas de pai (brincar, conversar, cantar), mas também em atividades de cuidado diário da criança. O homem passa a assumir de maneira mais igualitária os cuidados do RN, mesmo que esses cuidados se dêem de forma diferenciada dos da mãe. Além disso, ele relata perceber a reação do filho aos seus cuidados.

O homem também se demonstra aberto ao MMC, conhecendo seus benefícios e participando da posição canguru. O Método parece ser de grande valia, pois a maioria dos entrevistados o conhecia. Alguns participantes relatam como a cartilha do MMC<sup>23</sup> os tocou e ajudou a ver em seu filho esse pedido de ajuda. Além disso, o atendimento mais humanizado e interdisciplinar também foi percebido pelo pai.

De forma geral, os sentimentos presentes na transição para a parentalidade demonstram-se positivos. A ambivalência permeia alguns momentos, mas há a prevalência de sentimentos positivos tanto no período gestacional, quanto no parto e no puerpério. Os sentimentos negativos focaram-se mais em relação à hospitalização do prematuro, que, apesar de ser vista como necessária, é vivida com dificuldade, já que altera toda a rotina da família e apresenta um filho num ambiente assustador (UTIN) dentro de uma incubadora, rodeado de equipamentos e tubos.

Percebeu-se, ainda, que as expectativas que o pai tem sobre o desenvolvimento de seu filho estão diretamente relacionadas com o momento de prematuridade. Isso confirma como o ambiente influi o pai, pois este deseja que o filho ganhe peso rapidamente para poder ir para casa e tenha um desenvolvimento saudável e dentro da normalidade. O progenitor espera ver seu filho em casa, longe dos aparelhos e do risco que representa o

---

<sup>23</sup> Folder em que um bebê fala de sua sensibilidade e pede para os pais cuidarem dele, mostrando a melhor forma de exercer esse cuidado.

simples fato da internação em UTIN. Poucos foram os homens que se aventuraram a pensar num futuro distante, falando do desejo de que o filho tenha a mesma paixão pela arte que ele, ou arriscando dizer que a criança se tornará atleta por possuir ‘perninhas finas’.

A relação com o trabalho foi fator determinante da presença do pai na UTIN. Trata-se de trabalhadores que não possuem direito à licença paternidade, ou aqueles que exercem cargos que limitam sua ausência da empresa, o que pode gerar uma ruptura na construção da paternidade desde a internação. Muito provavelmente esses homens também não terão tempo para seus filhos, mesmo quando estes estiverem em casa.

Ainda se mostra demasiadamente forte a visão que se tem do homem como provedor para tentar modificá-la. A transformação é lenta, mesmo porque o pai possui, em sua maioria, como referencial paterno homens provedores. Foi possível constatar que o progenitor deseja estar próximo ao filho exercendo cuidados, sejam eles de ordem afetiva ou de vida diária. O homem quer ser reconhecido pelo filho a partir da sua voz, do seu contato, do cuidado e/ou da proteção. Isso demonstra que, apesar da paternidade encontrarse intimamente relacionada com o sustento da família, ele busca ser incluído na díade mãe-bebê.

O estudo constata que o pai está mais envolvido com seu filho, mas precisa de ajuda e encorajamento para assumir a paternidade de forma mais efetiva. Ele quer aprender a cuidar do seu bebê prematuro, mesmo que estes cuidados se dêem de forma diferente dos da mãe. Isso é importante, pois a diversidade enriquece as experiências do bebê e proporciona desenvolvimento em diferentes áreas. Por isso, destaca-se a importância da equipe de saúde nesse processo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sugere que o homem está a caminho de se tornar cada vez mais um pai co-parental. O desejo do homem de ser incluído nos cuidados ao filho parece já existir. É preciso que se perceba e aproveite essa vontade para incluí-lo como mais um cuidador em potencial no contexto hospitalar de forma a proteger a criança e a família. Quanto mais precocemente o pai for inserido no processo, maiores as chances de se estabelecer o vínculo forte e saudável entre ele e seu filho e de desenvolver, no homem, uma postura de cuidado para com o bebê. Contudo, o cuidado realizado pelo pai se diferencia do da mãe. Mas essa diferença possibilita maior leque de experiências à criança, enriquecendo seu processo de desenvolvimento.

Vale constar que o pai participante desta pesquisa é um progenitor que já está engajado, ao ponto de ser encontrado na maternidade. Durante o tempo de coleta dos dados, houve alguns homens que dificilmente apareciam na UTIN, tornando sua participação muito difícil. Assim, pode-se dizer que a pesquisa trata de homens dispostos a exercer um papel mais ativo desde a internação do filho, chegando a “invadir” o espaço até então feminino, a fim de concretizar sua participação como pai.

A família, e principalmente o pai que ainda é visto como mero coadjuvante, deve ser inserida no contexto da UTIN para que o processo de construção da maternidade/paternidade, seja no primeiro, segundo ou décimo filho, não sofra uma quebra podendo se dar de forma natural e contínua.

A Maternidade, que serviu de palco desta pesquisa, tem uma postura que vai de acordo com a inserção da família na UTIN. Ela objetiva um atendimento humanizado, trazendo a mãe para dentro da UTIN (no Hotelzinho), além de buscar acolher o pai e orientar a família. Essa postura não é vista na maioria das maternidades que dispensam a

mãe, o pai e os demais familiares, tirando-lhes a possibilidade de conhecer seu filho e desenvolver seu papel de pai e mãe, mesmo que de um bebê prematuro. A equipe, formada por profissionais multidisciplinares, esforça-se para engajar o vínculo família-criança e a crescente autonomia dos pais no cuidado ao filho.

Esta pesquisa demonstrou a importância de uma equipe atenta às necessidades da família, incluindo-os e promovendo a formação de vínculos entre seus membros. O pai necessita ser ouvido em seus medos e inseguranças, e ensinado a cuidar do seu bebê de forma a promover o desenvolvimento. Além disso, a equipe deve auxiliar o casal na identificação da melhor rede de apoio nesse momento de prematuridade, ajudando-os a buscar auxílio quando necessário.

Outro fator a ser considerado é a incongruência existente na Constituição ao afirmar a igualdade entre os homens e as mulheres em relação ao exercício da parentalidade, ao tempo em que privilegia a mãe nos cuidados do RN. É preciso que a sociedade perceba essa inconsistência e reivindique formas de promover a inclusão do homem no processo de se tornar pai desde o planejamento familiar até o acompanhamento das consultas pediátricas, muito embora esse posicionamento implique questões a serem consideradas.

É necessário proteger os homens que querem fazer parte da vida dos filhos, mesmo porque o pai pode ser um fator de grande proteção da criança quando vinculado a ela. Porém, necessita-se questionar as consequências no âmbito social, econômico e político, para que não se crie um conflito em outros âmbitos do sistema.

Este trabalho soma-se à literatura científica, abarcando o tema da paternidade e da prematuridade. Tem seu diferencial na tentativa de compreender o pai dentro do contexto de prematuridade, tema que ainda se encontra incipiente na literatura científica brasileira.

As constatações feitas nesta pesquisa podem auxiliar psicólogos de diferentes áreas a desenvolverem seu papel. Na psicologia da saúde, o profissional pode, a partir dos resultados, atentar aos sentimentos que envolvem o pai na paternidade, buscando incluí-lo no processo, incentivando sua participação. Pode ainda auxiliar a equipe a aceitar o homem como parte integrante da família, que deve ser incluído desde o planejamento para que possa vivenciar de forma efetiva a gestação, o parto e o puerpério, estabelecendo vínculos antes mesmo de o bebê nascer. Além disso, pode auxiliar na prevenção de agravos no desenvolvimento do prematuro.

O psicólogo hospitalar pode ter seu trabalho beneficiado ao perceber a importância da presença do pai, tanto para o bebê quanto para a própria construção do seu papel como pai, ao tempo que possibilita compreender os medos e as inseguranças que invadem o pai frente à situação da parentalidade e da prematuridade. Esse profissional pode ainda auxiliar a equipe a atender o pai de forma humanizada, acolhendo-o, ouvindo suas dúvidas e receios e mostrando a importância da sua presença para o bebê RN.

Na psicologia da família, o profissional pode, a partir desta pesquisa, passar a valorizar o homem, como sendo parte importante no contexto familiar. O psicólogo pode passar a ver o pai não apenas como provedor e coadjuvante da mãe, mas como sujeito que exerce influência na família e no desenvolvimento infantil, ao tempo que é afetado pelas vivências com o(s) filho(s) e com a mãe da criança.

Ao perceber a importância do pai no desenvolvimento da criança, bem como do filho no desenvolvimento do pai enquanto indivíduo, o psicólogo, que trabalha com o desenvolvimento humano, pode ser favorecido. Pode, ainda, trabalhar em prol da prevenção de possíveis problemas no desenvolvimento principalmente quando relacionado ao prematuro.

Para a autora, a pesquisa significou o aprofundamento do conhecimento de temas que a instiga. O estudo possibilitou a compreensão da complexidade que envolve os contextos estudados: o risco, o cuidado, a necessidade do atendimento humanizado, a construção da paternidade, entre outros. Permitiu a sensibilização em relação ao pai engajado, que busca vivenciar a paternidade mesmo dentro de uma UTIN, envolto por sentimentos contraditórios de medo, insegurança, preocupação e euforia, amor, contentamento. Proporcionou a oportunidade de observar a importância do pai no desenvolvimento, tanto da criança como da família como um todo, podendo ser mais um fator de proteção à criança prematura.

A pesquisa demonstra ainda a necessidade de que mais estudos sejam realizados nesses contextos, identificando a falta de resultados científicos que busquem a compreensão do pai do bebê prematuro e as implicações da presença do homem no contexto hospitalar. Esta pesquisa possibilitou um breve panorama sobre o assunto, deixando questões a serem respondidas em futuros estudos, como: as consequências da participação do pai no cuidado desde a internação; as formas de melhor acolher e incentivar o homem no cuidado do filho; a percepção da mãe em relação à presença do pai na UTIN; entre outras.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovitch, H. (1997) Images of the “Father” in Psychology and Religion. In: Lamb, M. E. (org.) The Role of the Father in Child Development. (pp.19-32), 3<sup>rd</sup>. ed. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Almeida, C. F.; Tashibana, M.; Ule, T.; Fernandez, M.A.; (2003) vínculo mãe-bebê prematuro sob o olhar de enfermeiras de UTI Neonatal. In. Temas desenvolv. 12(70):18-24.
- Anderson, K. G.; Kaplan, H.; Lam, D.; Lancaster, J. (1999) Parental Care by Genetic Fathers and Stepfathers II: Reports by Xhosa Hight School Students. In. Evolution and Human Behavior. 20. 433-451.
- Andreani, G. (2006) Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição Para A Parentalidade. (Dissertação Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Aragão, V.M. de F.; Silva, A.A. de M. da; Aragão L.F.de (2004) Fatores de risco para a prematuridade em São Luis, Maranhão, Brasil. In. Caderno de Saúde Publica 20(1):57-62.
- Bandeira, M.; Goetz, E. R.; Vieira, M. L. & Pontes, F. A. R. (2006). O cuidado parental e o papel do pai no contexto familiar (pp. 191-230). In. Pontes, F. A. R.; Magalhães, C.; Brito, R.; e Martin, W. (Org.) Temas pertinentes à construção da Psicologia contemporânea. Editora da UFPA: Belém, PA.
- Barbosa, M.F.B. (1996). A Paternidade na Visão do Homem Moderno: um estudo interdisciplinar. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Guarulhos. São Paulo, SP.
- Beiras, A. (2007) A negociação de sentidos sobre masculinidades e paternidades em contextos populares de Florianópolis. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Bezzon, L.C. (2005) Guia Prático de Monografias, Dissertações e Teses: elaboração e apresentação. Campinas: Editora Alínea.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998) A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In. Romaneli, G. e Biasoli-Alves, Z.M.M. (Org.) Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa. 1a. ed. v. 1. Ribeirão Preto: Legis Summa.



Biasoli-Alves, Z.M.M. (2004) Pesquisando e Intervindo com Famílias de Camadas Sociais Diversificadas. In. Althoff, C.R.; Elsen, I.; Nitschke, R.G. (org) Pesquisando a Família: Olhares Contemporâneos. Florianópolis: Ed. Papa Livro.

Biasoli-Alves, Z.M.M.; e Silva, M.H.G.F.D. da (1992) Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. In. Paidéia. USP Ribeirão Preto, 2, p.61-69.

Bittar, R.E. (2001) O que fazer para evitar a prematuridade? In. Revista da Associação Médica Brasileira 47(1):15-16

Bolli, A.C. Von B. (2002) O Envolvimento Paterno com o Bebê na Gestação e aos Doze Meses de Idade. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Braga, N. de A.; Morsch, D.S. (2003) Os primeiros dias na UTI. In. Moreira, M.E.L.; Braga, N.A.; Morsch, D.S. Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e a sua família na UTI neonatal. (pp. 51-68). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Brandt, M.D.J.O. (2001) Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In. Carter, B.; Mc Goldrick, M. (2001) As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar (pp. 206-222) 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brasil (1988) Ministério da Justiça. Constituição Federal do Brasil. Brasília, Ministério da Justiça.

Brasil (2002) Ministério da Saúde. Secretaria de políticas da Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brazelton, T.B.(1994) Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil. (Tradução Jefferson Luiz Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Bronfenbrenner, U. (1986) Ecologia da Família como um contexto para o desenvolvimento humano: Perspectivas de pesquisa. In. Developmental Psychology. 22(6):723-742.

Bronfenbrenner, U. (1996) A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados. Maria Adriana Veríssimo Veronese (trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bustamante, V. e Trad, L.A.B. (2005) Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. In. Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro 21(6).

Caetano, L.C. (2004) Vivendo no Método Canguru: A tríade mãe-filho-família. (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

Caetano, L.C.; Scochi, C.G.S.; Angelo, M. (2005) Vivendo no Método Mãe Canguru: A tríade mãe-filho-família. In. Revista Latino-americana de Enfermagem. 13(4):562-568.

Camelo, Jr. S.; Martinez, F.E. (2005) Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. In. Jornal de Pediatria 81(1):33-42.

Carter, B.; Mc Goldrick, M. (2001) As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para terapia familiar. Maria Adriana Veríssimo Veronese (trad) 2ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, A.E.V.; Linhares, M.B.M.; Martinez, F.E. (2001) História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras e de baixo peso (<1500g). In. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 1-33.

Carvalho, M.L.M. de (2003) Participação dos Pais no Nascimento em Maternidade Pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. In. Caderno de Saúde Pública. 19 (2): 389-398.

Castoldi, L (2002) A Construção da Paternidade desde a Gestação até o Primeiro Ano do Bebê. (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Cervený, C.M.O.; Berthoud, C.M.E. (1997) Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cervený, C.M.O.; Berthoud, C.M.E. (2002) Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Coelho, S.V. (2005a) As transformações da família no contexto brasileiro: Uma perspectiva das relações de gênero. In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos. (pp. 152–164). Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.

Coelho, S.V. (2005b) Revendo papéis da Parentalidade: Paternidade e Maternidade. In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. Atendimento Sistêmico de Famílias e

Redes Sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos. (pp. 211–223). Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.

Cole, M.; Cole, S. (2003) O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Magda Fraca Lopes (trad.) 4ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Couto, O. (s/d) Síndrome Masculina do Pré-parto. In. Viver.

Crepaldi, M. A.; Varella, P. B. (2000) A recepção da família na hospitalização de crianças. Cadernos de Psicologia e Educação - In. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 12, n. 19.

Crepaldi, M.A.; Andreani, G.; Hammes, P.S.; Ristof, C.D.; e Abreu, S.R. de (2006) A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. In. Psicologia em Estudo. Maringá, 11(3)) p. 579-587.

Danna, M., F. e Matos, M. A. (1996). Ensinando observação: uma introdução. São Paulo: Edicon.

Dantas, C.; Jablovski, B.; Féres-Carneiro, T. (2004) Paternidade: considerações sobre a relação pais-filhos após separação conjugal. In. Pandéia. 14 (29): 347-357.

Dessen, M.A.; Braz, M.P. (2000) Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 16(3):01-19.

Dessen, M.A.; Braz, M.P. (2005) A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In. Dessen, M.A.; Costa Júnior, A. L. A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras. (pp. 113 - 131). Porto Alegre: Artmed.

Dessen, M.A.; Silva Neto, N.A. (2000) Questões de Família e Desenvolvimento e a prática de Pesquisa. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 16(3).

Dimenstein, M. (2000) Representação da prematuridade por mulheres usuárias do serviço público de saúde. In. Psicologia estudo 5(2):33-47

Feijó, L. (1998) O bebê pré-termo: Intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Flick, U. (2004) Uma introdução à pesquisa Qualitativa. São Paulo: Bookman.

Fonseca, C. (2004) Olhares Antropológicos sobre a Família Contemporânea. In. Althoff, C.R.; Elsen, I.; Nitschke, R.G. (org) Pesquisando a Família: Olhares Contemporâneos. (pp. 55 – 68). Florianópolis: Ed. Papa Livro.

- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993) O Inquerito: Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora.
- Gomes, A. J. da S.; Resende, V. da R. (2004) O Pai Presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 20 (2).
- Gottman, J. e DeClaire, J. (1997) Inteligência Emocional e a arte de educar nossos filhos: Como aplicar conceitos revolucionários da inteligência emocional para uma compreensão entre pais e filhos. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Henningen, I.; Guareschi, N.M. de F. (2002) A Paternidade na Contemporaneidade: um estudo de mídia sob a perspectiva dos estudos culturais. In. Psicologia e Sociedade. 14 (1).
- Hopfner, A. M. (2004) “Um Homem para chamar de pai”: As Concepções de paternidade de Meninos Afastados de suas Famílias e Colocados em Regime de Abrigo. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC..
- Klaus, M.H. e Kennel, J. (1992) Pais/bebê: A formação do Apego. Porto Alegre: Artmed.
- Klein, L.C.; Linhares, M.B.M. (2006) Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. In. Psicologia em Estudo, v. 11, p. 277-284.
- Lamb, M. E. (1997) Fathers and Child Development: An Introductory Overview and Guide. In. Lamb, M. E.(org.) The Role of the Father in Child Development. (pp.01-18), 3<sup>rd</sup>. ed. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Lamy, Z.C.; Gomes, R.; Carvalho, M. (1997) A Percepção de Pais Sobre a Internação de seus Filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In. Jornal de Pediatria. 73(5):293-298.
- Lewis, C. (1997) Fathers and Preschoolers. In. Lamb, M. E.(org.) The Role of the Father in Child Development. (pp.121-142), 3<sup>rd</sup>. ed. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Lewis, C.; Dessen, M.A. (1999) O Pai no Contexto Familiar. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 15(1): 09-16.
- Linhares, M.B.M.; Carvalho, A.E.V.; Bordin, M.B.M.; Chimelo, J.T.; Martinez, F. E.; Jorge, S. M. (2000) Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. In. Paidéia 10(18)60-69.
- Linhares, M.B.M.; Carvalho, A.E.V.; Correia, L.L.; Gasparido, C.M.; Padovani, F.H.P. (2006) Psicologia pediátrica e neonatologia de alto risco: promoção precoce do

desenvolvimento de bebês prematuros. In: Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M.; Perosa, G.B. (Org.). Temas em Psicologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, v. 1.

Linhares, M.B.M.; Carvalho, A.E.V.; Padovani, F.H.P.; Bordin, M.B.M.; Martins, I. M. B.; Martinez, F. E. (2004) A compreensão do fator e risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In. Marturano, E.M.; Linhares, M.B.M.; Loureiro, S.R. (org.) Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. (pp. 11 – 38). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Linhares, M.B.M.; Martins, I.M.B.; Klein, V.C. (2004) Mediação Materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In. Marturano, E.M.; Linhares, M.B.M.; Loureiro, S.R. (org.) Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. (pp. 39 – 74). São Paulo: Casa do Psicólogo

Longhi, M. (2001) Ser Homem, Pobre e Pai. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE.

Maldonado, M.T. (2003), As Sementes do Amor: Educar crianças de 0 a 3 anos para a paz. São Paulo, Ed. Planeta do Brasil.

Marcelli, D. (1998) Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra. 5ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Maridaki-Kassotaki, K. (2000), Understanding Fatherhood in Greece: Father's involvement in child care. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 16(3).

Martinez, J.G. (2004) Participação das Mães/Pais no Cuidado ao Filho Prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de São Luis Potosi, México. (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

Milstersteiner, A.R.; Milstersteiner, D.R.; Rech, V.V.; e Molle, L.D. (2003) Respostas Fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. In. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. Recife 3 (4) p.447-455.

Minuchin, P.; Colapinto, J.; Minuchin, S. (1999) Trabalhando com Famílias Pobres. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. (1982) Famílias: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.

Monteiro, T. M. T.; Silva L. M. S. da ; Silva M. V. S. da. (2002) Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. In. Cogitare enfermagem 7(1):36-42. 2002)

- Morais, E.N. de, Alflen, T.L.; Spara, P.; e Beitune, P el (1998) Momento e Frequência das Visitas de Pré-Natal: repercussões sobre os nascimento pré-termo. In. RBGO. 20 (1) p. 25-31.
- Morin, E. (2005) Os saberes necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez.
- Motta, C.C.L. da; e Crepaldi, M.A. (2005) O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. In. Paidéia – cadernos de Psicologia e Educação. 15 (30).
- Motta, C.C.L.da (2003) Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
- Najmanovich, D. (1995) El lenguaje de los vínculos: De la independencia absoluta a la autonomia relativa. In. Dabas, E.; Najmanovich, D. Redes. El lenguaje de los vínculos: Hacia la reconstrucción Y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.
- Neves, J.L.(1996) Pesquisa Qualitativa – Carcterísticas, usos e possibilidades. In. Cadernos de Pesquisas em Administração. São Paulo, 1 (3).
- Orlandi, R. (2006) Paternidades nas adolescências: investigando os sentidos atribuídos por adolescentes pais à paternidade e às práticas de cuidado dos filhos. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.
- Osório, L. C.; do Valle, M.E. (2002) Terapia de Famílias: Novas tendências. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Papp, P. (1992) O Processo de Mudança. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pesce, R.P., Assis, S.G.; Santos, N. (2004) Risk and protection: looking for an equilibrium that provides resilience. In. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20(2):p.135-143.
- Piccinini, C.A. Silva, M. Da R.; Gonçalves, T.R.; Lopes, R.S.; Tudge, J. (2004) O envolvimento Paterno durante a Gestação. In. Psicologia: Reflexão e Crítica. 17 (3).
- Piccinini, C.A.; e Levandowski, D. (2002) A interação pai-bebê entre adolescentes e adultos. In. Psicologia Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 15 (2), p. 413-424.
- Pinheiro, D.P.N. (2004) Resilience in discussion. In. Psicologia em estudo. Maringá, PR 9(1): 67-75.
- Piovanotti, M.R.A.; e Vieira, M.L. (2004) Relação entre a experiência parental e a presença do pai no cuidado parental em gerbilos da Mongólia (*Meriones unguiculatus*). In. Biotemas, Florianópolis, 17(2): 149-176.

- Pleck, E.H.; Pleck, J.H. (1997) *Fatherhood Ideals in the United States: Historical Dimensions*. In: Lamb, M. E.(org.) The Role os the Father in Child Development. (pp.33-48), 3<sup>rd</sup>. ed. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Polônia, A. da C.; Dessen, M.A.; e Silva, N.L.P. (2005) O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner: Contribuições para o desenvolvimento humano. In: Dessen, M.A.; Costa Júnior, A. L. A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras. (pp. 71-89). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Prado, A. B. (2005) Semelhanças e diferenças entre homens e mulheres na compreensão do comportamento paterno. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.
- Prado, M.L. e Vieira, M.L. (2003) Bases biológicas e influências culturais relacionadas ao comportamento parental. In: Revista de Ciências Humanas. Florianópolis, 34, p.313-334.
- Rutter, M. e Sroufe, L.A. (2000) Developmental psychopathology: Concepts and challenges. In: Development and Psychopatology, 12, 265-296.
- Schraiber, L.B.; Gomes, R.; Couto, M.T. (2005) Homens e saúde na pauta da sociedade coletiva. In: Ciência e Saúde Coletiva. 10(1):7-17.
- Scochi,C.G.S.; Kokuday, M.de L. do P.; Riul. M.J.S. (2003) Incentivando o vinculo mãe filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital da Clinicas de Ribeirão Preto In: Rev. Latino-Americano de Enfermagem 11(4)539-543
- Silva, C.A.J.da (2004a) Prefacio. In: Althoff, C.R.; Elsen, I.; Nitschke, R.G. (org) Pesquisando a Família: Olhares Contemporâneos. (pp. 11 - 12). Florianópolis: Ed. Papa Livro.
- Silva, E.Z.M. da. (2004b) Família e Lei. In: Ceverny, C.M. de O. (org) Família e: Comunicação, Divórcio, Mudança, Resiliência, Deficiência, Lei, Bioética, Doença, Religião e Drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, M. da P. (2003b) Sentimentos sobre Paternidade e Envolvimento dos Pais que residem e pais que não residem com seus filhos. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, RS.

- Silva, M. R. S. da. (2003a) A Construção de uma Trajetória Resiliente durante as Primeiras Etapas do Desenvolvimento da Criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC,
- Siqueira, M.J.T.; Mendes, D.; Finckler, I.; Guedes, T.; Gonçalves, M.D.S. (2002) Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis. In. Estudos de Psicologia. 7(1):65-72.
- Siqueira, M.J.T.; Mendes, D.; Finckler, I.; Guedes, T.; Gonçalves, M.D.S. (2003) Paternidade na adolescência: Sua exclusão/inclusão em quatro programas públicos de saúde reprodutiva na grande Florianópolis. In. Psico. 34(1):57-70.
- Solis-Camara, R.P.; Diaz, R.M. (1999) Quien educa a los padres? Formación de líderes en paternidad. Un enfoque para la prevención e investigación. In. Revista Latina de Psicología. 31(3):513-526.
- Storti, J.P.L. (2004) O Papel do Acompanhante no Trabalho de Parto e Parto: expectativas e vivência do casal. (Dissertação de Mestrado) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Toma, T. S. (2003) Método mãe-canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. In. Caderno de Saúde Pública. 19(2):233-242.
- Trindade, Z.A.; Andrade, C.A.; Souza, J.Q. de (1994) Paternidade: Representações sociais e práticas cotidianas. In. Cadernos de Pesquisa da UFES. 3: 14-22.
- Tronchin, D.M.R.; e Tsunehiro, M.A. (2006) Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. In. Rev Latino-americana de Enfermagem 14(1) p.93-101.
- Vasconcellos, M.J.E. de (2002) Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência. 3ed. São Paulo: Papirus.
- Vasconcellos, M.J.E. de (2005) Pensamento Sistêmico Novo-Paradigmático: Novo-Paradigmático, por quê? In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos. (pp. 81-90). Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.
- Vasconcelos, M.G.L. de; Leite, A.M.; e Scochi, C.G.S. (2006) Significados Atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém nascido pré-termo e de baixo peso. In. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. Recife 6 (1) p. 47-57.



Vieira, M.L. (2003) Comportamento materno e paterno em roedores. In. Biotemas. Florianópolis, 16(2): 159-180.

Vieira, M.L.; e Sartorio, R. (2002) Análise Motivacional, causal e funcional da brincadeira em duas espécies de roedores. In. Estudo de Psicologia. 7 (1) 189-196.

Wanderlind, F.; Martins, G.D.F.; Hansen, J.; Macarini, S.M.; e Viera, M.L. (2006) Diferenças de gênero no brincar de crianças pré-escolares e escolares na brinquedoteca. In. Paidéia. 16(34): 263-273.

## 9. APÊNDICE

## 9.1. Apêndice 1

### Questionário sobre o Contexto Familiar

**Participante:** \_\_\_\_\_

**1-** Bairro onde reside:

\_\_\_\_\_

**2-** A família reside em:

( ) casa

( ) apartamento

**3-** A residência é:

( ) própria

( ) alugada

( ) cedida

( ) de parentes

( )

outros: \_\_\_\_\_

**4-** A residência tem:

( ) água encanada

( ) poço

( ) esgoto

( ) fossa

( ) coleta de lixo

( ) luz elétrica

**5-** Quantos cômodos existem na casa? Quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6-** Breve genetograma da família de origem (avós e tios) e da família nuclear (pais e filhos). Delinear quem mora na casa.

**7- Tem parentes / amigos morando próximo a sua casa? Quais?**

---

---

---

**8- Quem ajudará a cuidar da criança quando for para casa?**

---

---

**9- Quais são os bens que possuem:**

telefone     televisão     rádio     vídeo game     computador

Internet     maquina fotográfica     vídeo K7     DVD

Carro     moto     Bicicleta     outros: \_\_\_\_\_

**10- Qual a média salarial da família?**

até R\$500,00

de R\$ 500,00 a R\$1000,00

de R\$1000,00 a R\$1500,00

de R\$1500,00 a R\$2000,00

mais de R\$2000,00

## 9.2. Apêndice 2

### Entrevista

Participante número: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

#### Dados obtidos pela consulta ao prontuário do bebê:

Nome/pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Nome da mãe da criança: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Nome/filho: \_\_\_\_\_

Idade gestacional (quantas semanas ou meses nasceu): \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_ semanas

#### Intercorrências:

---

---

---

---

#### Condições de saúde:

---

---

---

---

#### 1. Questões:

- Como foi e é a relação com a mãe da criança (na gestação, parto, prematuridade).
  - Este é seu primeiro filho (a)?

- Você sabe como ele está?
- Você e sua companheira moram juntos? Desde quando (antes da gravidez)?
- Como foi a gravidez? (Foi tranquila/agitada/feliz...).
- Como foram os preparativos para o nascimento do (nome da criança)?
- E o parto, como foi? Você pôde acompanhá-lo? ( Se sim: - Como aconteceu e o que sentiu?)
- E agora, vocês têm conversado sobre o que está acontecendo? Mudou alguma coisa na relação de vocês, neste momento de prematuridade? O que?
- Concepção de prematuridade:
  - Você já sabia que havia algum risco dele nascer prematuro, ou aconteceu de repente?
  - Os médicos lhe informaram sobre o que pode ter acontecido para ele ter nascido antes da hora?
  - Que outras informações ele te deu? E sobre as conseqüências da prematuridade? (*Cuidar para o pai não achar que o médico lhe escondeu algo*)
  - Você chegou a buscar outras informações sobre isto?
  - O que você entende por prematuridade?
  - Como você vê esta situação?
- Participação nos cuidados do bebê:
  - Você vem com que freqüência visitar seu filho? (*tentar identificar freqüência e tempo de permanência com o bebê e de trabalho também – conotar positivamente o esforço*).
  - O que você faz com seu bebê quando está aqui? Como? (*buscar detalhes de como faz, pedir pára mostrar etc.*)
- Conhecimento do MMC (informação que recebeu, utilidade...):
  - Alguém já lhe explicou algo sobre o MMC? Ou você já leu algo a respeito? (*ver que informações recebeu*)
  - Você está participando dos cuidados ou pretende participar de acordo com o MMC? Você já pratica ou pretende praticar a posição canguru? Como você faz isto? (*descrever o que sente, o que fala para o bebê, como é este momento*) *Você só vai perguntar isto se o pai já tiver conhecimento sobre.*
- Sentimentos em relação ao filho:
  - O que você sente em relação ao seu filho? (*mudou alguma coisa pelo fato dele ser tão pequeno/prematuro?*).
- O que espera do desenvolvimento do filho:
  - O que você espera do desenvolvimento de seu filho (*de como ele seja conforme vai crescendo?*)

### 9.3. Apêndice 3



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**

## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “**Concepções do pai acerca da prematuridade de seu filho**”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 10/02/2006.

---

Prof<sup>a</sup>. Ana Maria Nunes de Faria Stamm  
Vice Diretora – HU/UFSC

## 9.4. Apêndice 4



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Departamento de Psicologia**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Meu nome é Doris Waldow, sou mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo a pesquisa: “Concepções do pai acerca da prematuridade de seu filho” orientada pela Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi. Esta pesquisa tem como objetivo identificar as concepções que o pai tem sobre a prematuridade de seu filho e a sua participação nos cuidados ao bebê. O estudo se mostra importante por ser um tema discutido nas Políticas de Saúde Pública, principalmente no Método Mãe Canguru, com o estímulo da crescente entrada da família na UTI neonatal e da participação dos pais nos cuidados com o bebê.

Estou convidando o senhor a participar da pesquisa a qual constará de uma entrevista a ser realizadas no próprio hospital. A entrevista será realizada em uma das salas da maternidade e será gravada. Se o Senhor estiver de acordo em participar da pesquisa posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados com fins científicos. Caso surja alguma dúvida acerca da pesquisa, ou desejar não fazer mais parte dela poderá entrar em contato com a pesquisadora através dos telefones: (48)9137-61-66. (48) 3331-8560

Profa Dra Maria Aparecida Crepaldi  
Waldow

Pesquisadora: Doris

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido sobre a pesquisa “Concepções do pai acerca da prematuridade de seu filho”,  
e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



## 9.5. Apêndice 5

### Teste de Acordo

#### Categorias

1. *Definição* – Esta categoria diz respeito ao sentido atribuído pelo pai sobre o que é prematuridade. É composto pelas seguintes subcategorias:
  - 1.1. Nascer antes do tempo/pressa – alude ao fato do parto ter acontecido antes de completar os nove meses de gestação, ou à referência feita pelo pai do seu filho querer vir ao mundo com antecedência.
  - 1.2. Nascer com formação incompleta/com necessidades especiais – inclui o desenvolvimento fetal inacabado necessitando de cuidados extras para sua continuidade.
  - 1.3. Nascer pequeno/sensível/baixo peso – contempla respostas que mencionam o tamanho e peso inferiores ao de um bebê a termo e a fragilidade do RN.
  - 1.4. Nascer com problemas de saúde – inclui respostas que aludem à enfermidades do bebê prematuro.
2. *Conhecimento acerca prematuridade* - Define-se a partir das informações que o pai busca, recebe e já possui acerca da prematuridade do bebê. Inclui as subcategorias abaixo:
  - 2.1. Conhecer previamente a prematuridade – refere-se ao fato do participante ter informação anterior ao nascimento de que seu filho pode nascer prematuramente.
  - 2.2. Conhecer motivos da prematuridade – menciona o fato do participante estar ciente das causas responsáveis pelo bebê ter nascido antes dos término dos nove meses de gestação.
  - 2.3. Buscar informações em livros/revistas/internet – inclui participantes que afirmam ter procurado dados sobre a prematuridade em diferentes meios de comunicação.
  - 2.4. Buscar informações com pais/amigos – refere-se à procura de dados sobre a prematuridade com familiares ou amigos que já vivenciaram a prematuridade.
3. *Condições de saúde do bebê* - Esta categoria determina o conhecimento que o pai possui sobre como o filho se encontra em termos de saúde/doença e quais os procedimentos necessários para sua sobrevivência. Divide-se nas seguintes subcategorias:
  - 3.1. Peso – consideração da variável peso no estado de saúde do bebê mencionando o peso do seu filho ou seu ganho/perda diário.
  - 3.2. Aparelhagem/procedimentos/exames – o participante demonstra conhecer os equipamentos, métodos e testes necessários para a vida do prematuro.
  - 3.3. Intercorrências – faz menção à fatos inesperados ocorridos com o bebê como por exemplo apnéias, icterícias entre outros.
  - 3.4. Amamentação – demonstra conhecer as dificuldades que envolvem o aleitamento do prematuro, afirmando se seu filho mama ou não no peito.
  - 3.5. Saudável – refere-se ao relato de bem estar do bebê estando este livre de doenças.
4. *Conseqüências da prematuridade* - Refere-se ao conhecimento que o pai tem sobre as possíveis implicações da prematuridade sobre o desenvolvimento da criança. É composto pelas subcategorias abaixo:
  - 4.1. Dificuldades na fala – conhecimento de possíveis problemas na hora de a criança aprender a expressar verbalmente que pode apresentar.

- 4.2. Problemas de audição/visão – noção da possibilidade do filho apresentar dificuldades relacionadas aos olhos ou ouvidos.
  - 4.3. Sensibilidade na pele – conhecimento acerca da irritabilidade da pele do bebê.
  - 4.4. Cuidado – refere-se à prestação de atenção e sensibilidade para o manuseio do bebê.
  - 4.5. Imaturidade Pulmão – conhecimento da formação incompleta do pulmão, e a exigência de cuidados para com a respiração do bebê.
  - 4.6. Doente/lerdo/possibilidade de morte – inclui respostas que agregam enfermidade, lentidão ou mesmo mortalidade do RN.
5. *Interação com companheira* - Abrange as influências da prematuridade sobre o relacionamento entre o pai e a mãe da criança.
- 5.1. Mudanças na interação com companheira – Define as mudanças entre o casal ocorridas no período de prematuridade e hospitalização. Alguns casais relacionam essa mudança à vivência da maternidade e paternidade. Essas mudanças podem ser positivas (ex. mais união), ou negativas (ex. mais nervosismo)
  - 5.2. *Existência de Diálogo* – Abarca toda e qualquer conversação verbal entre os pais do bebê acerca da criança e da situação na qual a família se encontra. As conversas se dão em torno do bebê, seus cuidados, sua situação de saúde, sobre a hospitalização, as conseqüências da prematuridade e sobre os preparativos para o retorno para casa.
  - 5.3. *Apoio à mãe do bebê* – Define a necessidade expressa pelo pai de servir de suporte emocional de sua companheira para que ela consiga dedicar-se ao seu filho de forma segura e tranqüila.
6. *Interação com a equipe* – Abarca a influência mútua entre o pai e a equipe em relação ao bebê, à prematuridade e à hospitalização.
- 6.1. Recebe/busca informações da equipe – Refere-se à curiosidade do pai em prestar atenção e/ou buscar informações com médicos, enfermeiros, psicólogos e demais membros da equipe de saúde, acerca da prematuridade, da situação de saúde do filho, dos cuidados necessários, da aparelhagem utilizada e exames realizados.
  - 6.2. Participa das reuniões – Inclui a presença ativa do pai nos encontros realizados pela equipe e que tem por finalidade incluir a família no funcionamento da maternidade e do MMC.
  - 6.3. Avalia positivamente a equipe – Contém as expressões de satisfação referente ao trabalho da equipe e da estrutura e maternidade, o que, principalmente nos pais com mais de um filho, baseiam-se em comparações com outras equipes e maternidades.
  - 6.4. Avalia negativamente a equipe – Envolve as expressões de insatisfação frente ao trabalho da equipe ou de determinado membro da equipe.
7. *Interações com rede de apoio* – Inclui a forma de agir entre o pai e sua rede de apoio, os seja, pessoas significativas que apóiam o pai e a família no momento de prematuridade.
- 7.1. Família – Refere-se aos membros que incluem a família extensa que prestam apoio ao pai e à mãe do bebê, na sua nova tarefa de cuidar da criança, bem como auxiliam na arrecadação ou compra de bens materiais necessários para a criança, e ainda podem ajudar no cuidado da casa e dos demais filhos (no caso dos pais do G2) durante a internação do bebê.
  - 7.2. Amigos/vizinhos/comunidade – São as pessoas próximas ao casal que não são membros da família, mas o apóiam no momento de transição para a parentalidade e no momento de prematuridade colocando-se à disposição, visitando e auxiliando na aquisição dos bens materiais necessários para o bebê.
  - 7.3. Serviço social – Inclui a equipe de assistência social do hospital ou da comunidade que disponibiliza bens materiais para famílias de baixa renda.

8. *Gestação tranqüila* – É definida por uma gravidez considerada pelo pai como normal, sem intercorrências que envolvam problemas de saúde ou internações da gestante. Nessa categoria as gestantes tiveram um início de gravidez sereno mas apresentaram trabalho de parto prematuro levando ao nascimento ou à internação por um pequeno período antes do parto.
9. *Gestação com complicações* – É definida por gestações que apresentaram uma ou mais complicações durante a gravidez, acarretando problemas de saúde, internações e até mesmo sendo consideradas gestações de risco.
  - 9.1. Internações – Refere-se à internações que foram necessárias durante a gestação por diversos motivos: fraqueza/desnutrição, infecções urinárias, sangramentos entre outros.
  - 9.2. Mal estar – Inclui relatos de muito enjôo e vômitos durante toda a gravidez ou constantes desmaios.
10. *Preparação para o nascimento* – Refere-se aos comportamentos adotados pelo casal na elaboração da chegada do bebê. Isto inclui comentários sobre o quarto do bebê, roupas, fraldas, e a escolha do nome.
  - 10.1. Escolha do nome – abarca respostas que exprimem a eleição da alcunha dado ao bebê antes do nascimento do bebê, bem como motivos dessa opção e quem a fez.
  - 10.2. Aquisição da maioria dos bens materiais para o bebê antes do nascimento – abarca o relato da compra ou ganho de móveis, roupas e objetos necessários para o acolhimento do bebê em casa anterior ao nascimento do filho.
  - 10.3. Aquisição da maioria dos bens após o nascimento, durante a internação.- abarca o relato da compra ou ganho de móveis, roupas e objetos necessários para o acolhimento do bebê em casa no período em que o bebê encontra-se no hospital, após seu nascimento.
11. *Participação no pré-natal* – Define-se pela presença ativa do pai do decorrer da gestação acompanhando consultas, exames/ultra-sons e possíveis intercorrências e/ou mantendo-se informado quanto ao estado de saúde da mãe e do bebê,
  - 11.1. Consultas – acompanha a mãe do bebê às idas ao médico.
  - 11.2. Exames/ultra-sons – inclui presença na realização de testes realizados no período gestacional.
  - 11.3. Hospitalizações – abarca a participação do pai em momentos de hospitalização da mãe durante a gravidez.
  - 11.4. Interesse/Amparo – refere-se à preocupação e empenho demonstrado pelo pai em saber como está o desenvolvimento do feto, a assiduidade às consultas pré-natais, e a insistência de que a gestante busque auxílio médico em caso de mal estar.
12. *Sentimentos frente à gravidez* – Refere-se aos afetos e percepções que os pais relatam ter durante a gestação, e que se apresentam de três formas:
  - 12.1. Positivos – afetos e percepções que retratam alegria e contentamento pela gravidez, sendo esta desejada ou não.
  - 12.2. Negativos – afetos e percepções que retratam preocupação ou traição frente à gestação indesejada.
  - 12.3. Ambivalentes – inclui afetos e percepções que variam durante a gravidez sendo positivos e negativos ao mesmo tempo.
13. *Preocupação financeira* – Refere-se à apreensão vivida pelo pai frente ao pós-tumo com a responsabilidade de ter de prover uma família.
14. *Passa mais de sete horas por semana com o bebê* – Inclui os participantes que independentemente de onde moram buscam passar ao menos uma hora por dia, ou os finais de semana com seu bebê.

- 14.1. Mora na cidade – abarca participantes que residem na mesma cidade onde fica o hospital.
- 14.2. Mora em outra cidade – abarca participantes que residem em outra localidade longe do hospital.
15. *Avaliação da hospitalização* – Inclui respostas que examinam o período de internação do bebê bem como a situação de distância do pai de seu filho e de sua companheira.
  - 15.1. Positiva - refere-se à respostas positivas dadas pelos pais quanto à situação de hospitalização do filho e a conseqüente distancia do mesmo e de sua esposa, devido aos cuidados exercidos ao bebê na maternidade.
  - 15.2. Negativa – abarca respostas negativas dadas pelos participantes frente ao momento de hospitalização do filho devido a distância, e as dificuldades de permanecer próximo do bebê e da sua companheira.
16. *Cuidados afetivos* – Esta categoria abrange a participação do pai nos comportamentos que demonstram carinho e afeto ao bebê.
  - 16.1. Dar colo – refere-se ao comportamento de pegar o bebê nos braços, seja com o bebê deitado sobre o braço do pai ou na utilização do MMC.
  - 16.2. Tocar/acariciar/beijar – compõe-se de comportamentos aproximar-se do bebê com toques suaves, carícias e/ou beijos.
  - 16.3. Conversar – abarca falas do pai para com o bebê demonstrando seu carinho, sua presença e seu desejo de que o bebê reaja para ir para casa.
17. *Cuidados fisiológicos* – Inclui comportamentos de cuidado físico para com o bebê.
  - 17.1. Auxiliar na mamada – Participa do aleitamento seja ajudando a mãe na ordenha e/ou acordando o bebê para mamar.
  - 17.2. Dar banho/limpar umbigo – inclui o auxílio nos cuidados higiênicos como a limpeza do corpo e do umbigo do filho.
  - 17.3. Trocar fralda – inclui o auxílio nos cuidados higiênicos de limpeza das excreções do bebê.
  - 17.4. Fazer dormir – ninar o bebê para que ele adormeça.
18. *Observação da Responsividade do bebê* – Compreende o comportamento de observar as características e reações do bebê, principalmente relacionados à sua voz ou ao seu toque .
  - 18.1. Chorar quando sai do colo – percepção do desgosto do bebê quando tirado dos braços e do calor do corpo do pai.
  - 18.2. Olhar em direção à voz do pai – percepção do giro do rosto do bebê em direção à fala do participante.
  - 18.3. “Sorrir” quando tocado – percepção de expressão de agrado/felicidade, aparente nos lábios do bebê ao sentir o toque da mão do pai.
19. Conhecer o MMC – Compreende a informação sobre o Método Mãe Canguru, bem como seus benefícios para o desenvolvimento do bebê. Essa informação se deu por meio da equipe, da leitura de folders, livros ou textos da internet ou mesmo a partir da observação de outros pais realizando a posição.
  - 19.1. Descrever posição – o participante apresenta o jeito de pegar o bebê segundo o método, seja verbalmente ou por meio de gestos.
  - 19.2. Descrever ao menos um benefício – inclui a apresentação de aspectos positivos do método para o bebê.
  - 19.3. Descrever momentos do método – inclui a apresentação do método em seus diferentes períodos, desde a incubadora até a ida para casa e o acompanhamento ambulatorial.

20. *Participar do MMC* – Compreende o pai que já realizou ou quer realizar a posição Canguru.
  - 20.1. Praticou a posição – inclui participantes que já pegou o bebê no colo segundo o método.
  - 20.2. Deseja praticar a posição – inclui participantes que demonstram interesse e querem pegar o bebê no colo segundo o método.
21. *Sentimentos frente ao RN* – Este núcleo compreende os afetos e percepções relatadas pelo pai frente ao seu bebê, na investigação de seus sentimentos frente ao filho.
  - 21.1. Alegria/contentamento – compõe-se de sentimentos de gozo, de não caber em si, de “tudo”.
  - 21.2. Complemento/melhora – inclui sentimentos de completude e enriquecimento da vida.
  - 21.3. Cuidado/carinho/amor – abarca sentimentos de tomar conta, de acariciar e demonstrar todo afeto ao bebê.
  - 21.4. Mudança na vida /responsabilidade – inclui percepção da carga e da necessidade de modificar aspectos da vida devido a chegada do filho.
  - 21.5. Orgulho/admiração – compõe-se de sentimentos de entusiasmo e orgulho frente ao RN.
  - 21.6. Pena/susto – refere-se à aflição e ao espanto sentidos momento em que vê o filho tão pequeno e frágil, diferente do imaginado.
  - 21.7. Alívio/Preocupação/otimismo – inclui sentimentos de apreensão e consolo frente ao bebê frágil mas vivo e sem aparentes problemas de saúde.
22. *Mudanças frente à prematuridade* – Refere-se à possibilidade de modificação dos sentimentos em relação ao filho pelo fato de ser pequeno/prematuro.
  - 22.1. Mais cuidado/proteção – inclui relatos de maior cultivo e superproteção pelo fato de ser prematuro.
  - 22.2. Medo/insegurança/preocupação – inclui sentimentos de maior receio, dúvida e apreensão frente ao bebê.
  - 22.3. Mais amor/carinho – abarca maior quantidade de afeto para com o bebê.
23. *Expectativas de Desenvolvimento* - Inclui os desejos relatados pelo pai quanto ao crescimento do seu bebê e a perspectiva frente ao futuro próximo de seu filho.
  - 23.1. Crescer rapidamente/Ganhar peso - Esta subcategoria refere-se à expectativa apresentada pelos participantes de que seus filhos se desenvolvam com rapidez, aumentando o peso para que possam ganhar alta hospitalar voltar ao lar.
  - 23.2. Crescer saudável/normal - Refere-se ao desejo de que a criança desenvolva-se livre de doenças ou anormalidades quando comparada a um bebê a termo.
24. *Referência positiva ao pai* – Definida pela lembrança vivida de forma positiva de sua relação com seu pai na infância, bem como o desejo de educar seus próprios filhos de forma semelhante.
25. *Referência negativa ao pai* – Definida pela lembrança vivida de forma negativa de seu relacionamento com seu pai na infância, bem como o desejo de educar seus próprios filhos de forma diferente.
26. *Referência positiva à mãe* - Definida pela lembrança vivida de forma positiva de sua relação com sua mãe na infância, bem como o desejo de educar seus filhos de forma semelhante.

<i>Frases dos participantes</i>	<i>Categoria</i>	<i>Subcateg.</i>
“Eu acho que é um neném que não queria esperar muito. Queria vir logo ao mundo. No caso prematuro, mais é isso mesmo. É... não agüentou chegar aos nove meses, antecipou mesmo a chegada no mundo, não tem... nenhuma grande diferença do outro.” (P01).		
“Ah, vou lá incomodar ele, pego nos pés dele, abro a portinha, pego no colo, começo a dar uns beijinhos na mão e no pé, principalmente agora... que na... na hora que ele vai comer e daí ele é preguiçoso nessa hora eles só querem dormir e comer, só. Aí... aí deixa... ó! Se é pra acordar ele deixa comigo, sou craque nisso, aí já pego ele no colo, já começo a fazer um cheirinho, daí nisso eu fico brincando com mão, faço cosquinha no pé, aí num instantinho ele acorda.” (M01).		
“Prematuridade... acho que é que ele não tem desenvolvimento. A mesma coisa na pessoa que não tem juízo, prematuro. Principalmente na parte biológica disso aí.(...) Uma pessoa que é prematuro não tem cabeça ainda, não sabe ... nem sabe porque está ali ainda... é a mesma coisa o neném! Ele é muito prematuro ainda, ele não sabe nem porque está ali ainda, não teve o desenvolvimento ainda que era pra ele ter dentro da barriga.”(P02).		
“Não, deu. Ele falou assim que você... que nenê é... que esquece de respirar de vez quando, você tem que esperar, é muito novinho (...) E sempre tem que cutucando ele, agora que pode pegar no colo já, de vez em quando ele para de respirar assim, sempre estou de olho nele.” (P04)		
“O quarto, tudo... ela tem pronto. O enxoval estava todo pronto desde os 6 meses, assim que ela estava. A gente já tinha deixado tudo pronto... O quarto rosa...” (P01).		
“O motivo seria pela perda do líquido! Foi o que falaram! A perda de sangue é importante, mas a perda de líquido daí pode ter infecções. Daí ia agravar para a criança e ela ia morrer. Pode trazer algo sério, algo grave! Mas... daí se fosse só perda de sangue ia ter risco também, tem que cuidar, mas quando rompeu a bolsa mesmo aí, segurou o máximo que dava pra daí já tira. Tira até pelo risco de vida dela!” (M03).		
“Quando eu venho aqui? Eu dou banho, eu troco fralda, eu faço tudo, tudo. Eu sempre quis aprender. A moça estava ali “Quer aprender pai?” e eu “Quero”. Eu quero aprender, não quero... vai que um dia a mãe falta, alguma coisa. Eu não vou poder dar aquilo que minha filha precisa? Então... aprendi! Tanto é quem hoje, hoje mesmo a minha esposa não trocou fralda nem uma vez! Quem trocou fui eu! E por vontade própria minha porque eu quero fazer! Eu, se eu puder fazer alguma coisa de bom pra ela eu faço” (P01).		
“Ela tinha escolhido! Ela botou José, eu ia botar outro nome, aí como ele nasceu muito prematuro nós botamos outro nome também, de anjo, que é Michael. Eu ia botar José Maria.” (P08).		
“Na verdade a gente conversa bastante sobre a paciência que tem que ter. Muito... a gente sabe que é uma criança que não era pra estar aqui hoje, era pra estar dentro da barriguinha...” (P01).		
“Os preparativos que foram meio que devagar. Só agora que ‘conseguimo’ comprar umas coisinhas” (P03).		
“(...) que era novinho e tal, mais frágil assim, aí podia tanto sobreviver como podia falecer, mas sempre a gente tava a fazer pensamento positivo, do lado dele, sabendo o que podia acontecer, nasceu prematuro, pela nossas contas ele não tinha nem sete meses direito, a gente está preparado.” (M01).		
“Eu chamo o nome dele eu chamo o nome dele, e ele abre os olhos e fica todo feliz... ele atende bem como pode, que é tão pequenininho, mas a		

consciência dele já está bem normal. Pensamento dele, as ideinhas dele, porque ele deve pensar 'oh, chegou o pai, chegou a mãe'." (M03).		
"Ela teve uma gravidez complicada porque... a primeira vez que deu sangramento foi bastante sangue e ela falou 'perdi o neném'. Até a gente veio aqui no hospital era 3h da manhã! Que a gente mora em Canasvieiras... a gente pegou o carro e viemos rápido e ficamos aqui até cinco e meia da manhã. Fizeram ultra-som, atenderam bem ela... e naquele dia mesmo ela foi pra casa porque não tinha o que fazer. A não ser repousar. Mas foi bastante sangue que ela perdeu." (M03).		
"Está! Esta tudo bem! É... tem umas coisinhas. Tipo.. o Carlos agora está com o coração um pouco... deu um sopro no coração, deixou agora... mas parece que é normal! Tudo tem... tudo leva a crer que é normal. No caso isso agora... Tava me explicando agora, que talvez vai precisar fazer uma operação. Mas no último caso assim, tem que avaliar bem amanhã." (P05).		
"Foi bom! É uma coisa meio sinistra... Foi legal! Na hora que ele saiu, todo roxinho, bem roxinho mesmo... bem pequenininho também! Foi bom" (P08).		
"Faço carinho... eu faço e parece que se for um lugar que dá arrepio ele dá uma risadinha. Eu gosto de ver ele rindo! Melhor rindo do que chorando porque se ele chorar ele vai perder peso. Aí eu faço ele rir" (P02).		
"Ficou até melhor! Ficou mais forte ainda! O relacionamento ficou mais próximo! Que ela precisa de mim e eu preciso dela... pra cuidar do neném...(...)" (P08).		
"Ah sim! Agora esta tão boa a relação (...) conversa aqui dentro, vai conversando no corredor, a gente senta lá fora e conversa muito... a gente diz que daqui pra frente nos vamos ter que fazer as coisas melhor do que fazia antes, tem que vir o dobro. Eu digo pra ela, digo que agora nós temos filho pra criar, e ele não pediu pra vir ao mundo, se não fosse eu e ela ele não vinha ao mundo..." (...) "Ah não... sobre a ida do filho pra casa agente conversa muito sobre isso. Muito, muito, muito." (M02).		
"(...) Porque eu entendo, eu entendo, o que acabou de falar agora, o que eu entendo de criança prematura, é assim de... pra mim ele ficou com pressa de vir ao mundo e veio. Porque, eu digo isso porque eu to aqui desde o dia 21, aquela neonatal ali eu conheço melhor que aquelas enfermeiras que tão trabalhando ali. Só tem criança recém nascida ali. Só tem criança prematura de 7, 7 semanas... só criança entende? Eles não querem mais esperar! Teve também esses dias, eu tava falando ali, que vai ter o dia que não vai mais ter criança de nove meses, criança só de sete meses. Que a maioria das crianças são de 7 meses." (M02).		
"É, eu já sou mais maduro que ela... então... (...) se eu abalo abala tudo. Então eu tento ser o mais forte possível, eu tento passar isso pra ela, porque... bom, desde que ela esta aqui no hospital ela está longe de casa. Acho que a dor, a saudades que eu tenho pra ela é bem mais, porque eu pelo menos vivo meu circulo, e ela não, está fazendo tudo" (P10).		
"É o pessoal da empresa trouxeram, e aqui tinha uma moça que perdeu o bebê também, ficou amiga da Cíntia, veio e trouxe as roupinhas que eram pra ser do bebezinho dela e infelizmente foi... trouxe fralda. Tem bastante coisa!" (M10).		
"Ela foi internada com muita contração forte estava com sangramento, perda de líquido. Ela perdeu 60% da líquido da água, ficou 40." (P02).		
"Não senti dor, não senti enjôo, tudo o que via na frente podia comer que não fazia mal... inclusive até na gravidez dela ela se alimentou bem, tudo normal, tudo... tudo bem, graças a Deus." (M02).		

<p>“(…) fiquei mais preocupado com a Andriana que estava.... que falou que estava sentindo dor.... e chorou de dor... e estava muito nervosa porque achou que eles não iam nascer bem.” (P05).</p>		
<p>“Assim! Acho que as médicas devem estar de saco cheio de mim, porque eu pergunto tudo! Como que está, quanto peso pegou, o que que é isso... assim . Eu acho que já perguntei tudo pra todas as enfermeiras o que você imaginar eu já perguntei. Porque assim, eu... acho que de uma certa forma é natural, querer saber! Querer ter esse conhecimento. Então eu vejo alguma coisa diferente assim, já saio perguntando! Então é o que eu fico fazendo! Ela está dando de mamar, então eu não posso segurar, aí eu saio fico vendo fichas, vou e pergunto as coisas...” (P09).</p>		
<p>“Foi que quando ela engravidou estive presente sempre, sempre, sempre. Nunca desamparei ela” (P01).</p>		
<p>“(…) no HU fui muito bem atendido. Meu Deus! Olha... eu só tenho... só tenho que agradecer na verdade. Que todo mundo, era psicólogo, pediatra, nutricionista, eles informam muito... tive muita informação no caso. Várias informações até hoje. Quer ver eles tão ajudando... Mas não veio em informação, veio mais em cuidados” (P01).</p>		
<p>“Assim, é pra buscar assim manter a temperatura do neném... ajudar ele a controlar a respiração, que quando ele escuta o batimento cardíaco ele lembra que tem que respirar... aí... outra coisa é estreitar o laço afetivo. Entre o bebê e o pai ou a mãe ou quem quer que seja. Se for preciso pode ser estendida até aos avós. E... acho que esses são os três pontos principais!” (...) “Oh se você quiser saber é <a href="http://www.nascerantes.com.br">www.nascerantes.com.br</a>. Eu olhei ali!” (P09).</p>		
<p>“O fato de uma criança assim, sempre uni mais a família. Até um pouquinho os avós, o pai, tudo” (P03).</p>		
<p>“Senti uma coisa boa assim... sabe que é a filha da gente... a gente fica emocionado de ver aquela criança ali! É bom! Muito gostoso, e eu acho que transmite assim essa coisa boa que a gente sente e se estiver encostado transmite pra ela também” (M10).</p>		
<p>“... o triste é ir embora e deixar ela aqui. Isso é o pior de tudo! Fico aqui o dia todo, mas como a gente não dorme aqui. A gente vai pra casa... aí a gente vai daqui até em casa chorando. Não agüentamos deixar ela aqui. Essa é a pior parte! Fato ruim também, que eu não gostei, não que eu não gostei porque era preciso, mas que me deixava bem, bem chateado mesmo é eu chegar e ver ela lá na incubadora. Cheia de aparelho...(…) O batimento cardíaco... foi o que mais me desagradou assim... de deixou chateado... eu não agüentava ver ela... ela... um recém nascido prematuro... é muito frágil! Furar com a agulha. Perdia uma veia dela... aí tinha que furar em outro lugar... aí perdia e mexia muito, ela sempre mexia muito, aí perdia ali, aí colocava, colocaram até na cabeça dela, tiveram que raspar a cabecinha dela pra achar uma veia. Ah... aquilo acabou comigo! Ah... não agüentava” (P01).</p>		
<p>“Nunca mais assisto! (...) Não! Pra quem queria estudar para fazer medicina... assistir um parto nunca mais! Fiquei enjoado!” (P02).</p>		
<p>“Está bem, até estive tirando umas dúvidas hoje, a respeito da secreçãozinha que ele tem no olho! Mas pelo que eles disseram é só uma inflamaçãozinha do parto”(…) “Eu vou acompanhando ele assim, eu vou tirando dúvida, eu vou... é sempre no dia-a-dia ali, aproveito enquanto alguém esta ali. Pras enfermeiras que estão ali, estou sempre chamando, tirando dúvida, ‘porquê isso’, ‘porquê aquilo’, ‘o que pode acontecer’, tipo hoje chamei a enfermeira por que... já alguns dias ele está com aquela secreçãozinha no olho.(...)” (M01).</p>		



<p>“Mas já tem dois casos na minha família de prematuro. Tem uma prima que teve e tem um primo também.” (P05).</p>		
<p>“Está aí é... não, não tenho nada do que reclamar... ela só veio pra complementar. Só pra complementar. E ela... uma alegria mesmo que está louco.” (...) “Na verdade hoje ela é minha vida. Meu Deus! Não me imagino sem ela hoje. Já falei pra minha esposa... quer me machucar hoje é tirar ela de perto de mim! É o que eu sinto assim, porque ela é tudo pra mim! Tudo, tudo. Meu Deus, a minha filha é tudo” (P01).</p>		
<p>“Não dá pra dizer que a gente escolheu, mas...já que aconteceu foi bom! Pra mim... está sendo bom. É bom no caso, ser pai... ter alguém... é bom!”(...) “Ah! Na hora dá uma abalada. Porque o cara pensa ‘pá e o futuro...’ não é só o agora, não dá pra pensar só no hoje. Aí eu... até hoje... Ainda não está... meio, que real só na hora que ele tiver aqui que nós vamos poder estar no dia-a-dia com ele. Porque hoje nos se basiamo muito no ‘ai que...que’, e não, ali a gente vai estar no dia-a-dia mesmo, e está acontecendo isso e isso e isso e...eu como pai vou poder acompanhar tudo. Aí vai ser a real mesmo. Por enquanto ainda estou, assim, meio que flutuando... mas está bom... graças a Deus está bom!” (P10).</p>		
<p>“(...) Hoje... hoje, do jeito que está, pra gente ter um filho, ter uma criança, tem que pensar muito, saber como é que é... se a mãe trabalha, se o ‘pai trabalha... por ex. depende o serviço que ela trabalha não pode ter filho por que é complicado...(...)” (M09)</p>		
<p>“Eu fiquei penalizado! Não sabia se pegava, se não pegava... fiquei olhando... Até eu cair na real mesmo... fiquei olhando, olhando...aí eu focava assim, não sabia se podia ir lá pegar, é uma sensação bem estranha” (P06).</p>		
<p>“Eu acho que agora eu sou mais protetor ainda! Isso muda, eu tenho, nossa, um carinho parece em dobro assim! O fato dela... nascer prematura, mais frágil, aí... aí... vou ser mais protetor, assim” (P01).</p>		
<p>“Oh! Aquela emoção tão grande! Eu cheguei e chorei na hora que ela tava tendo neném... é uma emoção muito grande que um pai sente.(...) A gente só sabe o quanto custa a mãe da gente quando a gente vê a esposa tendo a criança! O sofrimento que ela está passando... pra nascer. E aquilo tudo... e aí que a gente vai saber o quanto custa uma mãe! E dá valor a mãe da gente! Só a gente vê!” (M09).</p>		
<p>“Que seja o melhor e rápido! Quanto mais ele puder. Quanto mais ele puder se desenvolver! (...)” (P02).</p>		
<p>“Nós ‘mora’ em Canasvieras... nós ‘vem’ perto do meio dia, que nos estamos dois dias fora. Nós ‘vem’ perto do meio dia e fica até as 5 da tarde.Depois tem que voltar porque daí tem outras coisas pra fazer...” (...) “Todo dia... quando ela estava aqui, quando ela ficava eu vinha todo dia também. Aí eu ficava, quando ela tava no quarto eu ficava até 10 – 11horas. Umas noites pousava! É complicado pousar assim por mais dois filhos. Mas as vezes ficava, aí ficava minha cunhada cuidando deles...” (M03)</p>		
<p>“Eu no caso nem tive essa licença aí porque eu trabalho como autônomo!” (P09).</p>		
<p>“(...) Meu pai também é Eduardo Alexandre. Eu... graças a Deus foi um pai que eu não posso falar nada, mas... apesar da separação do pai e da mãe eu acho chato (...)” (P10).</p>		
<p>“Ah, eu espero que... o desenvolvimento dele vai ser bom, perfeito! Que vai ser muito bem. Ele tem as perninhas dele bem magrelinhas, acho que vai ser um atleta!” (M03).</p>		
<p>“Não vou dizer que eu vou dar a educação pra ele, tratar como meu pai</p>		

<p>me tratava, vai ser bem diferente. Meu pai não tem... como meu pai me tratava era do tempo dos antigo. Era assim, se ele tivesse conversando com outra pessoa e a gente se metesse no meio, já podia preparar o lombo que já apanhava. E não era depois quando ele ia embora não, era na hora, já pegava. Não quero fazer isso jamais,(...)" (M02).</p>		
<p>"Sim! Eu fui o primeiro a ver ela. Isso ninguém tira de mim! Eu fui o primeiro a ver ela! A Miriam pode ter carregado ela o tempo que for, mas eu que fui o primeiro a ver. Foi bem legal porque desde quando nasceu a enfermeira disse que ela já ganhou um monte de ponto. Porque normalmente quando o prematuro nasce, elas me explicaram, eles entubam... mas ela disse que não precisou porque apesar do desconforto respiratório inicial ela tava conseguindo respirar bem..... só deixaram ela num berço aquecido até eles fazerem todos os exames (...)" (P09).</p>		
<p>"É não está se alimentando e também eles deviam dar uma cama pra ela porque ali não tem espaço e lá tem um monte de cama lá, e eu queria que tivesse uma cama pra ela dormi, ela vem dormi aqui, está dormindo aqui (sofá da sala de troca de plantão)" (P02).</p>		
<p>"Assim... No inicio foi um susto, porque não foi planejada. Então, você, vai... Inicial! Mas depois assim, comecei a curtir! Comecei a ir em todas as consultas, fui em todos os ultra-sons que tinha... mandei... tudo que tinha direito de fazer eu fiz!" (P09).</p>		
<p>"É foi planejado já... vou te contar bem rapidão... cheguei aí lá três vezes pra vê o exame de gravidez (...) Daí eu cheguei lá a mulher bem assim: 'porra tu quer ser pai mesmo né?' Eu ia lá direto... 'tu quer ser pai mesmo tu vem aqui direto, eu acho que dessa vez tu vai conseguir'" (P02).</p>		

## **10. ANEXOS**

## 10.1. Anexo 1

### DIÁRIO DA REPÚBLICA<sup>22</sup>

#### Lei nº 4/84 de 5 de Abril

##### *Protecção da maternidade e da paternidade*

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164º, alínea d), e 169º, nº 2, da Constituição, o seguinte:

#### **Capítulo I**

##### *Princípios gerais*

##### Artigo 1º

(Paternidade e maternidade)

1. A Maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.
2. Os pais e as mães têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação ao filho, nomeadamente quanto à sua educação.

##### Artigo 2º

(Igualdade dos pais)

1. São garantidas aos pais, em condições de igualdade, a realização profissional e a participação na vida cívica do País.
2. Os pais são iguais em direitos e deveres quanto à manutenção e educação dos filhos.
3. Os filhos não podem ser separados dos pais, salvo quando estes não cumpram os seus deveres fundamentais para com eles, e sempre mediante decisão judicial.
4. São garantidas às mães direitos especiais relacionados com o ciclo biológico da maternidade.

##### Artigo 3º

(Dever de informar sobre o regime de protecção da maternidade e paternidade)

1. Incumbe ao estado o dever de informar e divulgar conhecimentos úteis referentes aos direitos das mulheres grávidas, dos nascituros, das crianças e dos pais, designadamente

---

<sup>22</sup> Texto retirado da página <http://www.apf.pt/leis/lei02.htm> .

através da utilização dos meios de comunicação social e da elaboração e difusão gratuita da adequada documentação.

2. A informação prestada nos termos do número anterior deve procurar consciencializar e responsabilizar os progenitores, sem distinção, pelos cuidados e pela educação dos filhos, em ordem à defesa da saúde e à criação de condições favoráveis ao pleno desenvolvimento da criança.

## **Capítulo II**

### *Protecção da saúde*

#### Artigo 4º

(Direito a assistência médica)

1. É assegurado à mulher o direito de efectuar gratuitamente as consultas e ainda os exames aconselhados pelo seu médico assistente durante a gravidez, bem como no decurso de 60 dias após o parto.

2. O internamento durante o período referido no número anterior é gratuito.

3. No decurso do período de gravidez, e em função desta, serão igualmente assegurados ao outro progenitor os exames considerados indispensáveis pelo médico assistente da grávida.

#### Artigo 5º

(Incumbências dos centros de saúde)

Incumbe aos centros de saúde, relativamente à mulher grávida, sem encargos para esta:

1. Promover a realização das análises necessárias;

2. Proceder ao rastreio de situação de alto risco e à prevenção da paternidade;

3. Assegurar transporte de grávidas e recém-nascidos em situação de risco, com utilização de meios próprios ou em colaboração com o serviço de emergência médica, as corporações de bombeiros, outras associações humanitárias ou instituições particulares de solidariedade social que possuam serviço de transporte por ambulância;

4. Desenvolver, em cooperação com as escolas, autarquias locais e outras entidades públicas e privadas e privadas, acções de informação e esclarecimento sobre a importância do planeamento familiar, da vigilância médica periódica, da preparação para o parto, do parto assistido, das vantagens da amamentação materna e dos cuidados com o recém-nascido.

#### Artigo 6º

(Protecção da criança)

1. Durante o primeiro ano de vida a criança será submetida, gratuitamente, ao mínimo de 9 exames médicos, escalonados segundo prescrição médica, de acordo com a sua saúde e o seu estado de desenvolvimento.
2. Serão igualmente ministradas à criança as vacinas recomendadas pelos competentes serviços centrais do sector da saúde.

#### Artigo 7º

##### (Incumbências especiais do Estado)

Incumbe especialmente ao Estado para a protecção da maternidade, da paternidade, do nasciturno e da criança, no domínio dos cuidados de saúde:

1. Organizar um sistema o mais possível descentralizado de serviços de consulta sobre planeamento familiar e de informação e apoio pré-conceptivo e contraceptivo;
2. Dotar os centros de saúde dos meios humanos e técnicos necessários a uma assistência materno - infantil eficaz;
3. Generalizar e uniformizar a utilização por todos os serviços de fichas de saúde normalizadas, bem como o preenchimento sistemático do boletim de saúde da grávida e do boletim de saúde infantil;
4. Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde;
5. Incrementar o parto hospitalar, garantindo a duração do internamento pelo período adequado a cada caso;
6. Implementar uma adequada e descentralizada rede de assistência materno-infantil, designadamente de maternidades dotadas de meios humanos e técnicos que possibilitem uma assistência eficaz à grávida e ao recém-nascido;
7. Promover e incrementar a visita domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a educação para a saúde;
8. Articular a criação de uma rede nacional de creches, jardins-de-infância e parques infantis, condicionado às necessidades delas decorrentes a aprovação de planos de urbanização, de loteamento de terrenos e de projectos de construção de conjuntos imobiliários, bem como a política de crédito à construção, nomeadamente de unidades fabris, por forma a conciliar o trabalho dos pais com o exercício dos deveres da maternidade e da paternidade;
9. Apoiar as associações de pais de crianças deficientes e os pais de deficientes profundos;
10. Introduzir no regime legal de produção, comercialização e publicidade de produtos dietéticos para as crianças menores de 12 meses as adaptações necessárias ao incremento da amamentação materna;

11. Proceder à adequada reformulação dos currículos de obstetrícia relativos a médicos, enfermeiros e restantes profissionais de saúde;

12. Difundir, nomeadamente através da escola e dos órgãos de comunicação social do sector público, as informações e conhecimentos úteis a que se refere o n.º 1 do artigo 3.º, bem como sobre a higiene alimentar da criança, e, em geral, sobre as normas a observar para a defesa da saúde e do seu pleno desenvolvimento.

### **Capítulo III**

#### *Protecção ao trabalho*

##### Artigo 8.º

(Âmbito de aplicação)

O disposto no presente capítulo aplica-se aos trabalhadores abrangidos pelo regime do contrato individual de trabalho, incluindo os trabalhadores agrícolas e do serviço doméstico, bem como os trabalhadores da administração pública central, regional e local, dos institutos públicos, dos serviços públicos com autonomia administrativa e financeira e das demais pessoas colectivas de direito público, qualquer que seja o vínculo.

##### Artigo 9.º

(Direito da mulher à dispensa de trabalho)

1. As mulheres abrangidas pelo disposto no presente capítulo tem direito a uma licença por maternidade de 90 dias, 60 dos quais necessariamente a seguir ao parto, podendo os restantes 30 ser gozados, total ou parcialmente, antes ou depois do parto.
2. A título excepcional, por incapacidade física e psíquica da mãe, devidamente comprovada por atestado médico e enquanto esta se mantiver, os últimos 30 ou 60 dias de licença de maternidade não imediatamente subsequentes ao parto poderão ser gozados pelo pai.
3. Em caso de situações de risco clínico que imponham o internamento hospitalar, o período de licença anterior ao parto poderá ser acrescido de mais 30 dias, sem prejuízo do direito aos 60 dias de licença a seguir ao parto.
4. Em caso de internamento hospitalar da mãe ou da criança durante o período de licença a seguir ao parto, poderá este período ser interrompido, a pedido daquela, pelo tempo de duração do internamento.
5. O período de licença a seguir ao parto de nado-morto, ou aborto, terá a duração mínima de 10 dias e máxima de 30, graduada de acordo com prescrição médica, devidamente documentada, em função das condições de saúde da mãe.
6. Em caso de morte de nado-vivo durante período de licença a seguir ao parto, o mesmo período é reduzido até 10 dias após o falecimento, com a garantia de um período global mínimo de 30 dias a seguir ao parto.

##### Artigo 10.º

(Direito do pai a dispensa de trabalho)

1. Se no decurso da licença a seguir ao parto ocorrer a morte da mãe, o pai tem direito a dispensa de trabalho para cuidar do filho, por período àquele a que a mãe ainda teria direito e não inferior a 10 dias.
2. A morte da mãe não trabalhadora durante os 90 dias imediatamente posteriores ao parto confere ao pai do recém-nascido o direito a dispensa de trabalho nos termos referidos no número anterior com as necessárias adaptações.

Artigo 11º

(Adopção)

Após a declaração para efeitos de adopção de menor de 3 anos feita nos termos do artigo 1º do Decreto-Lei nº 274/80, de 13 de Agosto, o trabalhador ou a trabalhadora que pretende adoptar tem direito a faltar ao trabalho durante 60 dias, para acompanhamento da criança.

Artigo 12º

(Dispensas para consultas e amamentação)

1. As trabalhadoras grávidas têm direito a dispensa de trabalho para se deslocarem a consultas pré-natais pelo tempo e número de vezes necessários e justificados.
2. A mãe que, comprovadamente, amamenta o filho tem direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por 2 períodos distintos de duração máxima de uma hora para o cumprimento dessa missão enquanto durar e até o filho perfazer 1 ano.
3. O direito à dispensa do trabalho nos termos do presente artigo efectiva-se sem perda de remuneração e de quaisquer regalias.

Artigo 13º

(Faltas para assistência a menores doentes)

1. Os trabalhadores têm direito a faltar ao trabalho, até 30 dias por ano, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a filhos, adoptados ou a enteados menores de 10 anos.
2. Em caso de hospitalização, o direito a faltar estende-se ao período em que aquela durar, se se tratar de menores de 10 anos, mas não pode ser exercido simultaneamente pelo pai e pela mãe ou equiparados.

Artigo 14º

(Licença especial para assistência a filhos)

1. O pai ou a mãe trabalhadores têm direito a interromper a prestação do trabalho pelo período de 6 meses, prorrogáveis até ao limite máximo de 2 anos a iniciar no termo da licença por maternidade, para acompanhamento do filho.



2. O exercício do direito referido no número anterior depende de pré-aviso dirigido àquela entidade patronal até 1 mês do início do período de faltas, não podendo o período referido no número anterior ser interrompido.

#### Artigo 15º

(Trabalho em tempo parcial e horário flexível)

Os trabalhadores com um ou mais filhos menores de 12 anos têm direito a trabalhar em horário reduzido ou flexível em condições a regulamentar.

#### Artigo 16º

(Trabalhos proibidos ou condicionados)

A lei definirá os trabalhos proibidos ou condicionados que impliquem riscos efectivos ou potenciais para a função genética da mulher ou do homem, em função do estado dos conhecimentos científicos e técnicos.

#### Artigo 17º

(Tarefas desaconselháveis)

1. Durante a gravidez, e até 3 meses após o parto, a trabalhadora tem o direito de não desempenhar tarefas clinicamente desaconselháveis, designadamente tarefas violentas ou consistentes na manipulação de produtos perigosos ou tóxicos ou a exposição a condições ambientais nocivas para a sua saúde, sem prejuízo de não poder recusar-se ao desempenho de tarefas diferentes das habituais, desde que não desaconselháveis.
2. Durante o período de comprovada amamentação e até 1 ano, a trabalhadora tem direito a não desempenhar tarefas que a exponham à absorção de substâncias nocivas excretáveis no leite materno.
3. Os competentes serviços centrais do sector de saúde publicarão e sujeitarão a revisão periódica a lista de produtos perigosos ou tóxicos, bem como as condições ambientais nocivas para a saúde referidas no número anterior.
4. A trabalhadora grávida é dispensada do cumprimento de obrigações legais e deveres funcionais que impliquem risco para o nascituro.

#### Artigo 18º

(Regime das faltas e das dispensas)

As faltas ao trabalho previstas nos artigos 9º, 10º, 11º e 13º não determinam perda de quaisquer direitos, sendo consideradas, para todos os efeitos, como prestação efectiva do trabalho, salvo quanto à remuneração.

### **Capítulo IV**

*Regimes de segurança e acção social*

## Artigo 19º

( Subsídio de maternidade ou paternidade)

Durante o gozo das licenças previstas nos artigos 9º, 10º e 11º a trabalhadora ou o trabalhador têm direito:

- a. Quando abrangidos pelo sistema de segurança social, a um subsídio igual à remuneração média considerada para efeitos de cálculo de subsídios de doença;
- b. À remuneração, quando abrangidos pelo regime de protecção social, aplicável à função pública.

## Artigo 20º

(Subsídio em caso de assistência a menores doentes)

Em caso de faltas dadas ao abrigo do artigo 13º e quando não houver lugar a remuneração, é atribuído, pelas instituições de segurança social, um subsídio pecuniário, de montante não superior ao subsídio por doença do próprio trabalhador ou trabalhadora, dependente de condição de recursos, e a alargar progressivamente, na medida das possibilidades.

## Artigo 21º

( Relevância para acesso a prestações de Segurança Social)

Os períodos de licença referidos no artigo 14º, serão tomados em conta para o cálculo das prestações devidas pelos regimes de protecção social em caso de invalidez ou velhice.

## Artigo 22º

( Meios de apoio à infância)

1. O Estado, em cooperação com as pessoas colectivas de direito público, com as instituições privadas de solidariedade social, organizações de trabalhadores e associações patronais, implementará progressivamente uma rede nacional de equipamentos e serviços de apoio aos trabalhadores com filhos em idade pré-escolar.
2. A rede de equipamentos e serviços prevista no número anterior visa a prestação de serviços em condições que permitam o acesso dos interessados, independentemente da sua condição económica, incluindo, nomeadamente:
  - a. Estruturas de guarda de crianças, tais como creches, jardins-de-infância, serviços de amas e creches familiares, adequadamente dimensionadas e localizadas, dotadas de meios humanos, técnicos e em geral de condições apropriadas à promoção do desenvolvimento integral da criança;
  - b. Serviços de apoio domiciliário.
3. Os horários de funcionamento dos equipamentos e serviços previstos nos números anteriores serão compatibilizados com exercício da actividade profissional dos pais.

## **Capítulo V**

### *Disposições finais*

#### Artigo 23º

(Outros casos de assistência à família)

Os trabalhadores têm direito a faltar ao trabalho, até 15 dias por ano, quando se trata de prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de doença ao cônjuge, ascendentes, descendentes maiores de 10 anos e afins na linha recta.

#### Artigo 24º

(Legislação complementar)

1. No prazo de 120 dias a contar da entrada em vigor da presente lei, o Governo aprovará as normas necessárias à sua execução.
2. O Governo legislará nomeadamente sobre a produção, a comercialização e a publicidade de produtos dietéticos para crianças menores de 1 ano, tendo em vista o incremento da amamentação materna.

#### Artigo 25º

(Salvaguarda de disposições contratuais mais favoráveis)

O disposto na presente lei não prejudica os direitos emergentes de disposições mais favoráveis constantes de instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho.

#### Artigo 26º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no trigésimo dia posterior ao da sua publicação.

Aprovada em 14 de fevereiro de 1984.

O Presidente da Assembleia da República, Manuel Alfredo Tito de Moraes.

Promulgada em 20 de Março de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, António Ramalho Eanes.

Referendada em 22 de Março de 1984.

O Primeiro- Ministro, Mário Soares.

## 10.2. Anexo 2



# Presidência da República

## Casa Civil

### Subchefia para Assuntos Jurídicos

#### LEI Nº 10.421, DE 15 DE ABRIL DE 2002.<sup>23</sup>

#### Mensagem de veto

Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

§ 1º A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste.

§ 2º Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.

§ 3º Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 (cento e vinte) dias previstos neste artigo.

§ 4º (VETADO)

§ 5º (VETADO)"(NR)

Art. 2º A Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. 392-A. À empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança será concedida licença-maternidade nos termos do art. 392, observado o disposto no seu § 5º.

§ 1º No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias.

---

<sup>23</sup> Extraído da página da internet: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/2002/L10421.htm>.

§ 2º No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.

§ 3º No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

§ 4º A licença-maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

Art. 3º A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. 71-A. À segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança é devido salário-maternidade pelo período de 120 (cento e vinte) dias, se a criança tiver até 1(um) ano de idade, de 60 (sessenta) dias, se a criança tiver entre 1 (um) e 4 (quatro) anos de idade, e de 30 (trinta) dias, se a criança tiver de 4 (quatro) a 8 (oito) anos de idade.

Art. 4º No caso das seguradas da previdência social adotantes, a alíquota para o custeio das despesas decorrentes desta Lei será a mesma que custeia as seguradas gestantes, disposta no inciso I do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Art. 5º As obrigações decorrentes desta Lei não se aplicam a fatos anteriores à sua publicação.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Miguel Reale Junior*

*Paulo Jobim Filho*

*José Cechin*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 16.4.2002

### 10.3. Anexo 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
Parecer Consubstanciado Projeto nº 030/2006

#### I- Identificação

Título do Projeto: Concepções de pais primíparos acerca da prematuridade de seus filhos  
Pesquisador Responsável: Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi - CFH/Departamento de Psicologia  
Pesquisador Principal: Doris Waldow - Mestranda em Psicologia  
Instituição onde se realizará: Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago  
Data de entrada no CEP: 13/ 02 /2006

#### II- Objetivos

Geral: Caracterizar a concepção de prematuridade de cuidados parentais do pai primíparo acerca da prematuridade do seu filho prematuro.

Específicos: Identificar o que o pai primíparo entende por prematuridade;

Caracterizar os cuidados exercidos pelo pai ao seu bebê prematuro (Método da Mãe Canguru – MMC);

Identificar como é a relação com a mãe do bebê e como foi a vivência da gestação e do parto;

Identificar as expectativas do pai para o desenvolvimento do seu filho.

#### III - Sumário do Projeto

Pesquisa de caráter descritivo exploratório, transversal, utilizando métodos qualitativos e quantitativos para a coleta de dados. Serão convidados a participar, 30 pais primíparos de filhos nascidos prematuramente ou com baixo muito peso, cujos filhos estejam internados na UTIN do HU/UFSC, sendo utilizado o critério de saturação dos dados para determinação do número final de sujeitos da amostra. Como instrumentos, serão utilizados a entrevista não diretiva, também chamada de direta ou aberta e a entrevista semi-estruturada ou semi-diretiva, gravadas após a obtenção do consentimento. As entrevistas ocorrerão em dois momentos, a primeira, após o nascimento do prematuro e a segunda após a inclusão do bebê no Método Mãe Canguru. Os dados serão transcritos e organizados para serem lançados no programa de análise do conteúdo temático categorial ALCEST.

#### IV- Comentários

Projeto bem redigido e elaborado, embasado em literatura atual e pertinente. As pesquisadoras estão capacitadas para o seu desenvolvimento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado e o protocolo apresenta todos os documentos recomendados e necessários para a sua análise.

V- Parecer do CEP: Aprovado.

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 06 de março de 2006.

Vera Lúcia Bosco  
Coordenadora

Obs: Devem ser encaminhados relatórios parciais anuais e relatórios finais dos projetos Aprovados pelo CEP da UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.