

INSERÇÃO DO PAI NOS CUIDADOS AO FILHO PREMATURO HOSPITALIZADO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team

Natalia Cristine Soares^a , Maria Piassa Lourenço Bernardino^a , Adriana Valongo Zani^{a*} 

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção da equipe multiprofissional referente à inserção do pai no cuidado ao filho prematuro hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Métodos: Estudo descritivo de abordagem qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada feita com 12 profissionais que atuam na UTI neonatal, realizado no período de fevereiro a julho de 2017. Os dados foram trabalhados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Emergiram sete ideias centrais (IC), que foram agrupadas em dois temas: 1) o papel do pai na visão da equipe multiprofissional (IC1: pai provedor; IC2: o cuidado compartilhado; IC3: pai apoiador); 2) percebendo o pai no cuidado do prematuro hospitalizado (IC4: pai não troca fraldas; IC5: o pai conquistando novos espaços; IC6: fortalecendo o vínculo; IC7: o pai proporcionando segurança à mãe).

Conclusões: Os resultados deste estudo apontam para a importância da inserção da figura paterna como proposta de assistência humanizada, estando os profissionais mais conscientes da importância do pai no cuidado do filho prematuro hospitalizado.

Palavras-chave: Pai; Equipe de assistência ao paciente; Recém-nascido prematuro; Relações pai-filho.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of the multiprofessional health care team regarding the inclusion of fathers in the care of preterm infants who are in Intensive Care Units (ICUs).

Methods: This is a descriptive study with a qualitative approach, using a semi-structured interview with 12 health care professionals of a neonatal ICU, from February to July 2017. The data were analyzed according to the Discourse of the Collective Subject.

Results: Seven main ideas (MI) emerged from the text analysis, which were grouped into two themes: 1) the role of the father according to the multiprofessional health care team views (MI1: parent provider, MI2: shared care, MI3: supportive father); 2) perception of the father caring for the hospitalized preterm infant (MI4: father does not change diapers; MI5: father conquering new spaces; MI6: strengthening the bonding; MI7: father providing maternal security).

Conclusions: The results of this study point out to the importance of including the father figure in the humanized care of preterm infants. Professional health care team should be more aware of fathers' importance in the care of hospitalized preterm infants.

Keywords: Fathers; Patient care team; Infant, premature; Father-child relations.

*Autor correspondente. E-mail: adrianazanienf@gmail.com (A.V. Zani).

^aUniversidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Recebido em 10 de janeiro de 2018; aprovado em 29 de abril de 2018; disponível on-line em 04 de junho de 2019.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o cuidado do filho foi responsabilidade única e exclusiva da mulher, sendo o homem responsável apenas pelo sustento da família. Esse fato em muito se deve à cultura da distribuição dos papéis familiares, em que o pai deve ser responsável pelo provento e sustento de sua família e a mãe pela criação e pelo cuidado dos filhos.¹

É importante salientar que a experiência dos homens no que tange à paternidade é sentida e vivida de modo muito particular, ou seja, não há um modelo paterno único; há diferenças de percepção em função do país, da classe social e da idade dos pais.^{2,3} A paternidade é uma experiência que se constrói em vários níveis, nos quais os aspectos socioculturais estão associados a ser provedor de recursos, respeito e autoridade, e os aspectos relacionais estão ligados ao relacionamento com a mãe. Ao se tornar pai, existe uma grande mudança na vida do homem, mudança esta que pode ocorrer desde o momento da notícia da gravidez de sua parceira, perpassando pelo nascimento do filho.² Nesse período surge a agregação de novos papéis, que estreitam o vínculo de pai-filho. Debruçando-se nessas considerações, percebe-se que há uma demanda social para que os pais contemporâneos exerçam uma paternidade mais implicada e ativa no que se refere à convivência e aos cuidados com os filhos.^{1,2}

No decorrer da gestação, os pais sonham com o momento em que conhecerão seu filho, esperando que nasçam fortes e saudáveis, porém o inesperado pode acontecer, como, por exemplo, a vinda de um bebê prematuro, o qual necessita de cuidado minucioso e especializado e de hospitalização, que pode levar a riscos.³ Essa nova situação pode acarretar sentimentos de medo, incerteza e insegurança quanto à saúde do recém-nascido. O filho prematuro é percebido pelo seu pai como frágil, pequeno e imaturo.⁴ Diante disso, o pai tem medo de tocar o filho e receio de perdê-lo, no entanto deseja estar junto. Os pais homens depositam a confiança no ambiente tecnológico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nos profissionais de saúde para que mantenham a vida do filho. Ao mesmo tempo, todo o aparato tecnológico gera afastamento do filho, que muitas vezes não pode ir ao colo, reduzindo o contato físico com os pais.⁴

A maior participação e conseqüente inserção do pai no cuidado dos filhos não foram acompanhadas na mesma velocidade pelos profissionais de saúde nem pela própria sociedade. É visível, ainda hoje, a dificuldade dos profissionais para incluir o pai nos cuidados dos filhos em ambiente hospitalar, e, em se tratando de um recém-nascido prematuro, essa dificuldade se torna mais complexa.³

O nascimento prematuro de um filho que precisa de tratamento intensivo representa um momento de tensão para toda

a família. Nesse contexto, o exercício da maternidade e da paternidade, bem como o processo de desenvolvimento, pode ser afetado, especialmente o vínculo pai-bebê. Assim, a equipe de saúde deve estar preparada para lidar com os sentimentos e as emoções dos pais e também oferecer apoio.¹ As atenções no atendimento, na orientação e nos cuidados com a família ainda são centralizadas na figura materna; dessa forma, o pai tem sido apenas coadjuvante. É preciso aprender a trabalhar com a nova realidade cultural, na qual os homens cuidam do lar e dos filhos juntamente com as mulheres, e elas, por sua vez, trabalham fora, com os homens.⁴

Surge assim a necessidade de realizar um estudo que priorize esta realidade, o papel do pai na vida e no cuidado do filho prematuro, demonstrando seus sentimentos peculiares, tão relevantes e reais quanto os da mãe, mesmo que por vezes subestimados e esquecidos pela equipe de saúde. Vale lembrar que a inserção paterna está contemplada na Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, que estabelece como diretriz o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.⁵

Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção da equipe multiprofissional referente à inserção do pai no cuidado ao filho prematuro hospitalizado em UTIN.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo integrado a um amplo projeto de pesquisa intitulado “A figura paterna no cuidado ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o objetivo geral de apreender e sistematizar a participação do pai na assistência ao recém-nascido prematuro.

A princípio, foi desenvolvido um protocolo de cuidados voltados ao pai que compreende a capacitação paterna em 14 cuidados em relação ao seu filho prematuro hospitalizado, protocolo este validado por profissionais especialistas em neonatologia e com vasta experiência na assistência clínica ao recém-nascido prematuro. Após a validação, esse protocolo foi apresentado à equipe multiprofissional atuante no serviço de neonatologia da instituição de estudo, que recebeu capacitação por um período de seis meses. Posteriormente, o protocolo foi implantado e mantém-se inserido no serviço desde 2013. Esta pesquisa iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 30709814.0.0000.5231, conforme parecer nº 694.303, e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes do estudo.

O estudo foi realizado na UTIN de um hospital universitário terciário localizado na região norte do Paraná. Credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), esse hospital atua na prestação de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, formação de recursos humanos, educação continuada, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e realiza cooperação técnica e científica com a rede de serviços de saúde de Londrina por meio de prestação de serviços como exames laboratoriais, investigação e tratamento de doenças genéticas. A estrutura é constituída de unidades de internação médico-cirúrgicas e pediátrica, além de maternidade, centro cirúrgico, pronto-socorro e UTI adulta, unidade pediátrica e neonatal. A unidade neonatal dispõe de dez leitos de cuidados intensivos neonatais, dez leitos de cuidados intermediários neonatais e quatro de cuidado intermediário neonatal canguru.

Participaram deste estudo profissionais que atuam na UTIN, entre eles: médicos neonatologistas, médicos residentes do 2º ano de Neonatologia, enfermeiros residentes do 2º ano de Enfermagem Neonatal, enfermeiros neonatologistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social e técnicos de enfermagem. Tais profissionais foram convidados a integrar o estudo pelas pesquisadoras, sendo informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados, sigilo no tratamento das informações, possíveis riscos e possibilidade de interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo ao cuidado dos pais e filhos hospitalizados. Foram incluídos os profissionais de saúde com experiência mínima de um ano na assistência clínica ao recém-nascido prematuro na UTIN. Foram excluídos os profissionais que no momento da coleta de dados estivessem ausentes por férias ou afastamentos.

A duração média do encontro das pesquisadoras com os participantes foi de 30 minutos, considerando a interação inicial e a entrevista propriamente dita. A coleta de dados foi feita no período de fevereiro a julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada contendo duas partes: a primeira referente à caracterização dos profissionais; e a segunda ao objetivo propriamente dito. As principais questões norteadoras utilizadas na entrevista para motivar a fala dos profissionais foram: qual é a sua opinião sobre a inserção do pai/homem nos cuidados do filho hospitalizado na UTIN/unidade de cuidados intensivos (UCI)? Como você percebe a presença do pai na UTIN? Para você, qual é o papel do pai na UTIN/UCI durante a internação do filho? O que você acha que o pai pode fazer na UTIN/UCI? Você já realizou ou presenciou alguma atividade com o pai no que tange à participação dele na assistência do filho?

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e, também, registradas em um caderno de campo para síntese do pesquisador. Ao término da entrevista, solicitava-se que o profissional ouvisse a gravação da entrevista e a leitura da síntese

realizada, garantindo a ele o direito de alterar as informações, caso julgasse necessário. As entrevistas ocorreram em locais escolhidos pelos profissionais (sala de reunião, consultórios e salas multidisciplinares).

Os dados foram trabalhados de acordo com o referencial teórico das Representações Sociais, o qual apresenta grande aderência aos objetos de estudo da área da saúde, uma vez que consegue apreender os aspectos mais subjetivos que permeiam os problemas inerentes a essa área. As Representações Sociais constituem uma série de opiniões, explicações e afirmações produzidas com base no cotidiano dos grupos, sendo a comunicação o elemento primordial nesse processo. Considerada como teoria do senso comum, por ser criada pelos grupos como forma de explicação da realidade, as Representações Sociais formalizam uma modalidade de conhecimento particular que tem por funções a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.⁶

Para conhecer e descrever a percepção da equipe multiprofissional perante a inserção do pai nos cuidados do recém-nascido prematuro hospitalizado sob o referencial das Representações Sociais, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁷ foi o método escolhido para a construção dos significados, permitindo a aproximação do fenômeno em estudo. O DSC propõe a organização e a tabulação de dados de natureza qualitativa de forma discursiva, procurando tornar claro o que pensa ou a vivência de determinada população sobre certo tema.⁷ Para este estudo, foram utilizadas três figuras metodológicas: a expressão-chave, a ideia central (IC) e o DSC. A expressão-chave é a figura metodológica que revela a essência do depoimento, ou seja, o que o sujeito falou sobre determinado tema. A IC consiste na descrição do sentido presente na expressão-chave.

No DSC, os dados qualitativos são apresentados por meio de um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular e elaborado com os mais significativos extratos de depoimentos de sentido semelhante. Fundamenta-se na teoria das Representações Sociais e analisa as ideias centrais, ancoragens e expressões-chave semelhantes presentes nos discursos individuais.^{7,8}

Para chegar ao discurso síntese, utilizaram-se dois instrumentos de análise do discurso. No instrumento de análise do discurso 1, foram transcritas as expressões-chave identificadas em cada entrevista, as quais expressam os eixos definidos para análise. Após essa transcrição, destacaram-se as IC de cada expressão-chave. No instrumento de análise do discurso 2, foram agrupadas e transcritas literalmente as expressões-chave de todas as entrevistas referentes às IC destacadas, sendo possível, assim, formular um DSC para cada IC. Para a formulação do DSC, juntaram-se as expressões-chave de maneira que formassem um discurso coerente. Para tanto, foram utilizados conectores a fim de dar sentido ao DSC, sem que isso alterasse a estrutura da frase elaborada pelo sujeito.

RESULTADOS

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais de saúde da unidade (n=38), sendo quatro enfermeiros, três residentes de Enfermagem Neonatal do 2º ano, seis médicos neonatologistas, três residentes de Medicina Neonatal do 2º ano, 16 técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e quatro fisioterapeutas. Desses profissionais, foram excluídos dois enfermeiros, pois possuíam menos de um ano no serviço, um residente de Enfermagem Neonatal em função de férias, cinco médicos neonatologistas (dois estavam em período de férias, dois recusaram participação e um estava em um evento científico), um residente de Medicina Neonatal que no momento estava realizando atividades em outra unidade, três fisioterapeutas (dois por possuírem menos de um ano no serviço e um por estar em licença remunerada), e 14 técnicos de enfermagem, pois dois estavam em período de férias, quatro recusaram participação, dois estavam em licença médica e seis apontaram indisponibilidade de tempo em decorrência das atividades na unidade. Portanto, a amostra foi constituída de 12 profissionais.

Em relação à caracterização dos 12 profissionais participantes, ocorreu predominância do sexo feminino (91,6%). A média de idade foi de 34,2 anos (variação de 22 a 51), e a média dos anos de atuação na UTIN, de 6,8 anos (variação de um a 24). No que tange à escolaridade, todos os profissionais, inclusive de nível técnico, possuíam nível superior. Outro ponto relevante foi que apenas os profissionais que atuavam no nível técnico não possuíam pós-graduação. Informações gerais dos profissionais participantes estão detalhadas na Tabela 1.

Ao final do processo de coleta e análise, o DSC apresenta depoimentos coletivos elaborados com base nos depoimentos individuais, veiculando uma opinião ou um posicionamento, com a finalidade de produzir o efeito de uma opinião coletiva no receptor, como se falada diretamente pela boca de um único sujeito de discurso. Portanto, dos discursos analisados, emergiram sete IC, que foram agrupadas em dois temas:

- O papel do pai na visão da equipe multiprofissional (IC1: pai provedor; IC2: o cuidado compartilhado; IC3: pai apoiador).
- Percebendo o pai no cuidado ao prematuro hospitalizado (IC4: pai não troca fraldas; IC5: o pai conquistando novos espaços; IC6: fortalecendo o vínculo; IC7: o pai proporcionando segurança à mãe.

Para melhor compreensão da análise realizada e preservação do anonimato dos participantes, o nome dos profissionais foi substituído pela letra que representa sua categoria — residente de Neonatologia (RN), psicóloga (P), assistente social (AS), técnico em Enfermagem (TE), enfermeiro neonatal (EN), médico neonatologista (MN), residente de Enfermagem Neonatal

(REN) e fisioterapeuta (FT) — seguida de sequência numérica, nas situações em que mais de um profissional pertencia à mesma categoria, a partir da ordem de realização das entrevistas.

Tema 1: O papel do pai na visão da equipe multiprofissional

IC1: Pai provedor

DSC1

O pai deveria estar focado no trabalho, visando deixar a mãe totalmente livre para o cuidado da criança, claro, visando o lado financeiro, pois ele deve ser o provedor do sustento da família (RN1, TE1).

Como observado no DSC1, para alguns profissionais, o papel do pai não se alterou no transcorrer dos anos, visto que acreditam que ele deve ser o provedor do sustento, não devendo ser incluído nos cuidados diretos do filho, delegando, desse modo, o cuidado do bebê exclusivamente à mãe. No entanto, um número significativo de profissionais demonstrou percepção oposta, dizendo que o pai exerce papel ampliado, que não se resume apenas ao provimento de recursos financeiros. Como observado no DSC2, o pai deve compartilhar o cuidado, visto que é um integrante da família com a mesma importância que a figura materna.

IC2: O cuidado compartilhado

DSC2

O papel do pai é tão fundamental quanto o papel da mãe. Atualmente, os pais precisam cada vez mais ser inseridos nos cuidados com os bebês, principalmente devido à realidade social, na qual, cada vez mais, o marido/pai tem exercido o papel de auxiliar a mulher dentro de casa. A mulher, atualmente, tem outras atividades profissionais, que não tem sido cuidar da criança. Então os pais estão, cada vez mais, cientes dos cuidados do bebê para que eles possam ajudar a mulher nesse momento. Há pais na UTIN que assumiram sozinhos o cuidado do filho devido ao óbito da esposa (FT, AS).

No DSC2 os profissionais partilham da opinião de que o pai exerce papel fundamental no tocante ao nascimento e à hospitalização do filho prematuro. O pai é tido como apoiador e, dessa forma, acolhe sua esposa/companheira e os demais integrantes da família.

IC3: Pai apoiador

DSC3

Os pais encaram o desafio e ajudam. O apoio que ele pode proporcionar é extremamente importante. A participação do pai nessa fase inicial, principalmente em

relação à UTI, no sentido de poder estar dando o apoio, o acolhimento à mãe, estar dividindo com ela, pois trata-se de um momento difícil, repleto de emoção. A figura do pai é de extrema importância tanto quanto a da mãe. O pai, na maioria das vezes está do lado, para dar o apoio e aprender os cuidados e, até mesmo, quando o bebê está gravemente enfermo. O pai tem tanta importância

Tabela 1 Caracterização da equipe multiprofissional.

	Descrição	n (%)
Sexo	Feminino	11 (91,6)
Categoria profissional	Enfermeiro neonatologista	2 (16,7)
	Residente de Enfermagem Neonatal (2º ano)	2 (16,7)
	Médico neonatologista	1 (8,3)
	Residente de Medicina Neonatologista (2º ano)	2 (16,7)
	Assistente social	1 (8,3)
	Psicóloga	1 (8,3)
	Fisioterapeuta	1 (8,3)
	Técnico em Enfermagem	2 (16,7)
Estado civil	Casado	3 (25)
	Solteiro	9 (75)
Número de filhos	Não possuem	9 (75)
	Um filho	2 (16,6)
	Dois filhos	1 (8,4)
Renda familiar (salário mínimo)	3 a 5	7 (58,3)
	5 a 10	2 (16,6)
	Acima de 10	3 (25,1)
Faixa etária (em anos)	20–30	5 (41,7)
	31–40	3 (25)
	41–50	3 (25)
	51–60	1 (8,3)
Tempo de atuação em UTI neonatal (em anos)	1–5	8 (66,4)
	6–10	1 (8,4)
	11–15	1 (8,4)
	16–20	1 (8,4)
	21–25	1 (8,4)
Escolaridade	3º grau completo	12 (100)
Pós-graduação*	<i>Lato sensu</i> (especialização concluída)	3 (20)
	<i>Lato sensu</i> (residência concluída)	4 (26,7)
	<i>Lato sensu</i> (residência em andamento)	4 (26,7)
	<i>Stricto sensu</i> (mestrado em andamento)	1 (6,7)
	<i>Stricto sensu</i> (mestrado concluído)	1 (6,7)
	Não possui	2 (13,2)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; *alguns profissionais possuem mais de uma modalidade de pós-graduação.

quanto a mãe, principalmente nos primeiros contatos, pois a mãe já está um pouco fragilizada devido ao pós-parto, às vezes pós-cirúrgico, então o pai é quem faz essa ponte para a família, principalmente para a mãe nos primeiros dias. A presença do pai é fundamental, porque, normalmente, a mãe se encontra em um período difícil. Além de ver seu neném internado, na hora em que ela vai embora espera, como toda mãe, levar o neném junto. E, no caso do prematuro, não acontece isso. Ela tem que deixar o bebezinho e ir embora para casa e viver a vida dela lá. Então, o pai junto, apoiando, dando força, tendo pensamentos positivos e ajudando ela no dia a dia, é essencial. Além disso, o pai que vivencia os cuidados no hospital passa a dar muito mais apoio em casa (AS, MN, TE2, EN1, EN2, RN2).

O pai, ao ser inserido no ambiente da unidade neonatal, vivencia um turbilhão de emoções e desafios assim como a mãe, e, diante dessa nova situação, os profissionais percebem a presença do pai no cuidado e sua evolução nesse novo processo.

Tema 2: percebendo o pai no cuidado do prematuro hospitalizado

IC4: Pai não troca fraldas

DSC4

A princípio, alguns pais não querem ser inseridos, e um dos fatores é cultural. Eles acham que certos cuidados não devem ser realizados pelo homem. Alguns pais chegam a referir: imagine eu trocando fralda, eu não! Eu tenho é que trabalhar para sustentá-lo e não para trocar a fralda, isso é com a mãe (EN, MN, REN1).

Não apenas os profissionais possuem concepções preestabelecidas advindas de suas vivências familiares, profissionais e sociais. Alguns pais se recusam a participar diretamente do cuidado do filho, alegando que, culturalmente, o pai deve ser o provedor da família. Cuidados como uma troca de fralda não podem ser realizados por eles, como observado no discurso anterior. Em contrapartida, mudanças sociais e culturais estão ocorrendo. Conseqüentemente, o pai tem conquistado novos espaços, como dito no DSC5, em que um pai teve o benefício da licença-paternidade ampliada para que pudesse acompanhar seu filho na unidade neonatal, em decorrência da morte de sua esposa. Essa conquista foi tida pelos profissionais como positiva, pois possibilitou ao pai acompanhar todo o processo de desenvolvimento de seu filho na unidade neonatal.

IC5: o pai conquistando novos espaços

DSC5

Por meio de um encaminhamento, conseguiu-se a licença-paternidade para um pai pelo [Instituto Nacional do Seguro Social] INSS por quatro meses para que ele permanecesse os quatro meses com o bebê, devido ao falecimento da sua esposa, sendo este um dos primeiros casos que conseguimos e com resultado maravilhoso para o bebê. A emoção do pai quando ele conseguiu realizar aquele banho foi incrível! É necessária a presença do pai para o desenvolvimento da personalidade da criança. Acredito que todas as atividades, exceto o aleitamento em si, o pai tem que participar. Óbvio que o pai não pode amamentar, mas ele pode ser inserido em todo o processo de amamentação para que ajude a mulher durante ou enquanto o bebê estiver sendo amamentado (AS, TE1, MN, FT).

Alguns pais possuem mais dificuldade de sentir-se pais e apenas passam a vivenciar a paternidade após o nascimento do filho, diferentemente das mães, que, de modo geral, passam a se sentir mães a partir do momento em que descobrem a gestação. Os profissionais relatam que o pai, ao realizar até mesmo pequenos cuidados junto ao filho prematuro no ambiente hospitalar, fortalece seu vínculo com a criança e passa a vivenciar de modo efetivo sua paternidade, como representado no DSC6.

IC6: fortalecendo o vínculo

DSC6

Ao cuidar, o pai sente que tem um filho e que precisa desenvolver o vínculo. Quando o pai é efetivamente inserido nos cuidados, o vínculo fica muito mais forte. E não apenas o vínculo com o filho, mas também fortalece seu vínculo com sua esposa. Aqui ele pode realizar o banho, administrar as medicações que o bebê vai tomar em casa, ensinado antes da alta do bebê. Os pais são inseridos a partir do momento em que o bebê começa a ficar mais estável. É importante que os pais possam estar entrando em contato, então eles podem desde trocar uma fralda, limpar um olhinho, participar do banho, ajudar a mãe na ordenha enquanto ele não pode sugar, fazer canguru, estar acariciando, e tudo isso fortalece o vínculo (EN1, EN2, REN1, MN, REN2, RN2, FT, AS, P).

Alguns profissionais de saúde visualizam a presença do pai como fonte de segurança para a mãe, que, no momento do

nascimento e da hospitalização do filho, se encontra fragilizada. Eles dizem que o pai, de modo geral, é mais racional e auxilia a mãe a compreender essa nova situação, como apontado no DS7.

IC7: o pai proporcionando segurança à mãe

DS7

A participação do pai dentro da unidade na UTI é fundamental, principalmente para dar segurança às mães. Pelo fato do pai ser mais razão, conseguindo assimilar melhor as informações fornecidas referentes à gravidade ou melhora do filho e transmitindo-as à mãe da criança de um modo que ela se sinta segura por estar recebendo estas informações do pai (TE1, TE2, EN1, EN2, P, MN, RN1, RN2, FT).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram divergências de opiniões entre a equipe multiprofissional em relação ao papel do pai na unidade neonatal. Alguns profissionais acreditam que o pai deve exercer a função de provedor e, portanto, não há a necessidade de inseri-lo nos cuidados. Em contraponto, outros profissionais reconhecem a importância do papel do pai no cuidado do filho e creem que esse cuidado precisa ser compartilhado. Um estudo⁹ referente às Representações Sociais de paternidade construídas por profissionais de saúde reforçou os resultados desta investigação ao abordar que os profissionais visualizam o novo pai, que não deseja exercer somente o papel de provedor da família, e sim quer participar de todas as etapas da vida de seus filhos, auxiliando nos cuidados. Esse pai almeja estar presente desde o momento da gestação, nascimento e os primeiros anos de vida de seus filhos, no entanto a sociedade e mesmo os profissionais de saúde, diante desse fato, têm se mostrado resistente a essa nova visão, não valorizando a presença do pai nesse novo contexto.

A presença do pai tem contribuído de forma positiva no momento do nascimento do filho, auxiliando em respostas protetoras, favorecendo sua intimidade tanto com o recém-nascido quanto na relação conjugal e fortalecendo laços matrimoniais.^{9,10} Compartilhar tarefas com a mãe, como responsabilizar-se pela educação e pelo cuidado do filho, mostra tanto para a sociedade como para muitos profissionais a real importância de ter pais presentes na vida de um recém-nascido, desde uma simples troca de fraldas ao cuidado integral do seu filho, independentemente do ambiente, ajudando a parceira, que muitas vezes nesse momento é tomada por uma sobrecarga emocional e física.

Os profissionais participantes deste estudo também afirmam que o pai exerce papel de apoiador da mãe da criança e de sua família nesse momento conflitante e único. A permanência do

pai durante o processo de hospitalização é importante não só como apoio emocional às mães, mas também para promover o vínculo paterno, o conhecimento e a segurança no cuidado que será desenvolvido após a alta hospitalar.¹¹

No que tange à percepção dos profissionais acerca do cuidado do prematuro hospitalizado, observou-se nos discursos de alguns profissionais que, em algumas situações, em decorrência de preconceitos culturais, alguns pais, a princípio, não desejam participar dos cuidados do filho, pois acreditam que deveriam ser provedores e as mães as cuidadoras. Contudo, os profissionais de saúde têm percebido que muitos pais vêm conquistado novos espaços, como representado em um dos discursos, que fala de um pai que, diante da morte de sua esposa, conseguiu a licença-paternidade prolongada para que pudesse auxiliar nos cuidados do filho prematuro hospitalizado.

A dificuldade de liberação do pai de suas atividades laborais constitui um obstáculo à aproximação de seu filho prematuro e de sua companheira e à sua permanência com eles. No Brasil, a licença-paternidade é garantida pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, concedendo ao pai um período de cinco dias úteis após o parto. Entretanto, observa-se que esse período é insuficiente para preencher as necessidades demandadas pela mãe e pelo filho nesse primeiro momento após o parto, e esse quadro é ainda mais delicado em se tratando do nascimento prematuro de um filho.^{12,13} Na configuração familiar atual, observou-se o surgimento de uma nova figura paterna, expressando mais afetividade e participação no cuidado da família, contrariando o modelo de paternidade hegemônico, que considerava o homem como provedor econômico, distanciando dessa figura paterna a responsabilidade do desenvolvimento dos filhos.¹⁴

A equipe multiprofissional participante do estudo, de modo geral, tem percebido que a inserção do pai propicia fortalecimento de vínculo não apenas com o filho, mas também com sua companheira, fato importante, pois esses pais vivenciam a notícia de um parto prematuro e a necessidade de hospitalização do filho na UTIN como um momento de surpresa e de grande preocupação.¹⁵ Em busca de estabelecer vínculos entre pai e filho, a equipe multiprofissional desenvolve meios para tornar o ambiente mais favorável ao contato entre ambos e, assim, auxiliar a criação de um elo. Isso ocorre principalmente por meio do estímulo à figura paterna, ao inseri-lo em cuidados simples, como a troca de fraldas, a higiene ocular do bebê e o auxílio ao processo de aleitamento materno.^{16,17}

Este estudo mostrou que a equipe multiprofissional percebe o pai como fonte de segurança para sua esposa, sendo isso um fator que pode minimizar a situação de estresse materna. Outro estudo que teve como objetivo descrever as experiências de enfrentamento dos pais com crianças admitidas em uma unidade neonatal, realizado na Noruega, identificou que, nas mães que tiveram seus companheiros ao seu lado durante a hospitalização do filho prematuro, houve redução de estresse e mais confiança e segurança do restabelecimento da saúde do filho prematuro.¹⁸

Como ponto forte do estudo, destaca-se que a equipe multiprofissional, foco aqui, demonstrou ser em sua maioria favorável à inserção do pai nos cuidados do filho durante o período de hospitalização na UTIN, compreendendo que a presença do pai oferece benefícios para o bebê e para mãe, possibilitando o fortalecimento do vínculo.

Entre as limitações do estudo, ressalta-se a dificuldade na realização das entrevistas, dados a sobrecarga de trabalho e o quantitativo reduzido de profissionais no cenário estudado. No entanto, esta investigação propiciou identificar que os profissionais compreendem a importância da presença e da participação do pai na unidade neonatal, o que poderá auxiliar outros pesquisadores e profissionais da instituição e demais serviços a voltarem seus olhares para esse tema.

Com os resultados apresentados, pôde-se concluir que o objetivo do estudo foi atingido, ao se obter, por meio das Representações Sociais, a percepção da equipe multiprofissional referente à inserção do pai no cuidado do filho prematuro hospitalizado na UTI.

A equipe multiprofissional ainda possui alguns preconceitos no tocante ao papel do pai no contexto familiar, entendendo que este deve exercer a função de provedor, porém em sua maioria a equipe compreende que ocorreram grandes mudanças nos papéis do pai/homem. Hoje, o pai deseja participar do cuidado do filho prematuro, bem como apoiar sua companheira nesse momento ímpar e complexo. Essa participação mais efetiva mostra-se benéfica tanto para o bebê prematuro como para toda a família, bem como para a relação da equipe de saúde e da família no que se refere à compreensão de informações quanto à evolução clínica da criança.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo n°: 448117/2014-2.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Castro FM, Silva LJ, Soares RL, Christoffel MM, Rodrigues EC. The first meeting of the father with baby preterm in the Neonatal Intensive Care Unit. *Index Enferm.* 2015;24(1-2).
2. Cunico SD, Arpini DM. The family in change: challenges for contemporary fatherhood. *Pensando Fam.* 2013;17:28-40.
3. Santos LM, Silva CL, Santana RC, Santos VE. Fathers' experiences during the hospitalization of the premature newborn in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm.* 2012;65:788-94.
4. Soares RL, Christoffel MM, Rodrigues EC, Machado ME, Cunha AL. Being a father of a premature newborn at neonatal intensive care unit: from parenthood to fatherhood. *Esc Anna Nery.* 2015;19:409-16.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Jodelet D. Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2005.
7. Lefèvre F, Lefèvre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro; 2011.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2014.
9. Cortez BM, Machado NM, Trindade ZT, Souza LG. Profissionais de saúde e o (não)atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. *Psicol Estud.* 2016;21:53-63.
10. Gutiérrez JJ, Pérez MR, Aguilera MV, Moreno SG. The role of fathers in the postpartum period: experiences with skin to skin method. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:914-20.
11. Santana JO, Borges KI, Souza DA, Pinto KR, Rossetto EG, Zani AV. Paternal care for hospitalized premature children: maternal representations. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31:e22310.
12. Soares RL, Christoffel MM, Rodrigues EC, Machado ME, Cunha AL. The meanings of caring for pre-term children in the vision of male parents. *Texto Contexto - Enferm.* 2016;25:1-9.
13. Andrade A, Diniz SO. Os sentimentos e as dificuldades do pai de um filho prematuro internado na uti neonatal. *Rev Rede Cuid Saúde.* 2016;10:1-4.
14. Marski BS, Custodio N, Abreu FC, Mello DF, Wernet M. Becoming a father in Neonatal Intensive Care Unit: an integrative review. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2015;23:371-80.
15. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception. *Esc Anna Nery.* 2012;16:73-81.
16. Monteiro FP, Rios MI, Shimo AK. Paternal involvement in a Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Ciênc Méd.* 2014;23:145-51.
17. Matos MG, Magalhães AS, Feres-Carneiro T, Machado RN. Building the father-infant bond: the experience of fathers. *Psico-USF.* 2017;22:261-71.
18. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics.* 2016;16:1-9.