



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA



ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO INFANTIL

JULIANA MARIA DA SILVA RODRIGUES

**REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DE BEBÊS NA
CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE**

Rio de Janeiro

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO INFANTIL

JULIANA MARIA DA SILVA RODRIGUES

<http://lattes.cnpq.br/6509983447775558>

REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DE BEBÊS NA
CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE

Monografia para Conclusão de Pós Graduação (lato sensu) apresentado ao curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Marisa Schargel Maia
(<http://lattes.cnpq.br/6412027675660806>)

Rio de Janeiro

2019

R6182 Rodrigues, Juliana Maria Da Silva

Reflexões sobre o impacto da hospitalização de bebês na construção da paternidade/ Juliana Maria Da Silva Rodrigues -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2019.

42 f. ; 31 cm.

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal do Riode Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2019.

Referências bibliográficas: f. 39

1. Paternidade 2. Relação pai-filho. 3. 4. Bebê hospitalizado 5. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III. Título.

CDD: 616.053

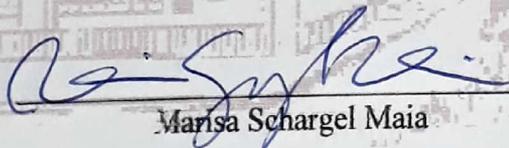


**REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DE BEBÊS NA
CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE**

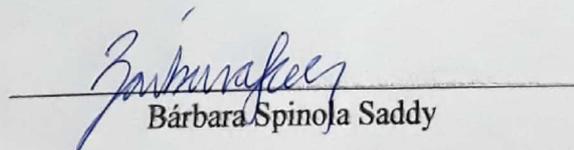
JULIANA MARIA DA SILVA RODRIGUES

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:



Marisa Schargel Maia



Bárbara Spinoja Saddy

Nota: 9
Conceito: A

Rio de Janeiro, 19 de julho de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter permitido que eu fizesse parte dessa turma do AISMI em especial e por ter permitido que eu conseguisse cursar a especialização sem desistir, ainda que o cansaço fosse grande em alguns dias e junto com ele viesse o desânimo. Ele cuidou de todos os detalhes do início ao fim.

Agradeço a minha amada mãe que sempre me incentivou a estudar e não mede esforços para me ajudar a alcançar os meus objetivos.

Ao meu irmão e minha cunhada que estiveram presentes nessa caminhada.

Às amigas que aqui fiz e que fizeram os meus dias especiais, ouviram os meus desabafos, secaram algumas lágrimas e me emprestaram ombros e ouvidos.

Aos mestres que conheci e convivi que fizeram diferença na minha caminhada.

A minha orientadora Marisa Schargel Maia pelos ensinamentos.

A mestre Bárbara Spinola Saddy por ter aceito o meu convite para compor a banca e contribuir para esse tema tão importante para a sociedade.

Por fim, agradeço a todos da secretaria que sempre estiveram dispostos a nos ajudar.

RESUMO

A presente pesquisa objetivou a realização de uma revisão bibliográfica narrativa que aborda a construção da paternidade com bebês hospitalizados com foco na prematuridade, enfatizando a participação dos profissionais de saúde no incentivo aos pais. O levantamento dos dados foi realizado através das bases de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs); Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC); além de busca manual da legislação e obras clássicas de autores clássicos. Os critérios para inclusão dos artigos na pesquisa foram: ano de publicação (entre 2014 e 2018) e relação com o tema abordado. O presente estudo evidenciou a necessidade de novas pesquisas que mostrem os benefícios da participação do homem na gestação, parto e pós-parto, bem como os benefícios do vínculo pai-bebê desde o início da vida. Além disso, ressaltou a necessidade de profissionais de saúde capacitados para receber e incentivar o pai nas unidades de saúde, assim como a criação de políticas públicas que contribuam para essa perspectiva do pai participativo.

Palavras-chave: Paternidade. Relação pai-filho. Bebê hospitalizado.

ABSTRACT

The present research aimed at the accomplishment of a narrative bibliographical revision that deals with the construction of paternity with hospitalized babies with focus on prematurity, emphasizing the participation of health professionals in the incentive to parents. Data were collected through the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latin American Literature in Health Sciences (Lilacs); Virtual Health Library (VHL); Electronic Periodicals in Psychology (PePSIC); besides manual search of the legislation and classic works of classic authors. The criteria for inclusion of the articles in the research were: year of publication (between 2014 and 2018) and relation with the topic addressed. The present study evidenced the need for new research that shows the benefits of male participation in gestation, childbirth and postpartum, as well as the benefits of the father-baby bond from the beginning of life. In addition, he emphasized the need of trained health professionals to receive and encourage the father in the health units, as well as the creation of public policies that contribute to this perspective of the participatory parent.

Key-words: Fatherhood. Father-baby relationship. Hospitalized baby.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	Objetivos	9
1.1.1	Objetivo Geral	9
1.1.2	Objetivos Específicos	9
2	METODOLOGIA	11
3	JUSTIFICATIVA	12
4	IDEALIZAÇÃO DO NASCIMENTO	13
5.0	Do Filho Idealizado ao Filho aa Realidade	17
5.1	Quando um Bebê de Risco é Aguardado	19
5.2	Deparando-se com um Nascimento Diferente	20
5.3	Como é uma UTI Neonatal?	22
5.4	O Bebê, os Pais e os Primeiros dias na UTI Neonatal	23
6	A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE	25
7.0	A Construção da Paternidade com Bebês Hospitalizados – Algumas Contribuições	29
7.1	O Auxílio dos Pais na UTI Neonatal	31
7.2	Metodologia Canguru: Uma Aproximação Entre o Bebê e sua Família	33
8.0	Alguns Incentivos à Participação do Pai Previstos na Legislação	35
8.1	Licença Paternidade	36
8.2	Licença Maternidade	37
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo refletir sobre a construção da paternidade com bebês hospitalizados com foco na prematuridade.

A atenção aos bebês hospitalizados ainda é uma área que demanda muita pesquisa e produção acadêmica para que seja melhor compreendida. Os pais aguardam seu bebê e criam expectativas sobre ele, uma delas é a de que nascerá um bebê lindo, forte e saudável dentro de nove meses. O pai, em especial, por não estar gestando o bebê dentro de si, capta as sensações da gestação através das falas e sentimentos que a mãe lhe transmite, bem como através do movimento do bebê na barriga em junção às suas fantasias sobre tornar-se pai.

O desenvolvimento da paternidade poderá ter início antes mesmo da gravidez, através das fantasias e de sentimentos que se manifestam com a ideia de tornar-se pai. Porém, isto poderá acontecer também depois da confirmação da gravidez, após perceber que a barriga da mulher está crescendo, ou através da primeira ultrassonografia, assim como posteriormente ao nascimento, momento no qual se concretiza o bebê em si: o bebê da realidade (MATOS et al., 2017, p.156).

A questão da paternidade muitas vezes é vista em segundo plano. Quando se pensa no bebê e nos cuidados necessários para a sua sobrevivência, na maioria das vezes e de forma automática, se pensa na mãe como responsável destes cuidados. A construção da maternidade se dá de forma diferenciada por ser a mulher a gestar o bebê e sentir seus movimentos, bem como o bebê sentir a mãe, ouvir seu coração etc.

A participação do pai no processo de construção da paternidade, até por questões culturais, não é tão incentivado e nem valorizada em diversos meios (ARAUJO; ZANI, 2015, p. 605). Quando pensamos num bebê hospitalizado isto ainda se agrava mais, visto que quando se pensa num cuidador se pensa na mãe ou em alguma figura feminina que, de alguma forma, represente a imagem e presença da mãe. Muitas vezes, o pai não é convidado a participar, de fato, da hospitalização do filho. Às vezes, as equipes não incentivam a figura do pai no ambiente de UTI Neonatal, nos ambulatórios ou naquilo que diz respeito ao seu filho. Sobre o processo de parentalidade, segundo Zornig (2010, pg.456): “o processo de tornar-se pai e tornar-se mãe é um longo percurso que se inicia muito antes do nascimento de um filho”.

Algumas vezes, por uma complicação na gestação esse bebê almejado chega de forma inesperada, não imaginado nas fantasias parentais, mudando toda a expectativa de seus pais (SIMSEN; CROSSETT, 2004 *apud* CHERON; SANTOS, 2017. p.30).

Os pais deparam-se com a situação difícil de encontrar um bebê fragilizado que necessita de cuidados especiais para que possa sobreviver. Porém, este pequeno bebê ao mesmo tempo em que inspira cuidados, muitas vezes não pode ser pego no colo, não pode se alimentar diretamente ao seio de sua mãe, e encontra-se numa situação onde vida e morte são palavras vivenciadas a todo o momento.

A mãe é colocada muitas vezes, pelos profissionais de saúde e/ou pela sociedade, no lugar daquela que irá amparar o bebê, entretanto o pai tem papel fundamental tanto no apoio à mãe e ao bebê, na formação do vínculo afetivo com seu filho, estabelecendo assim a relação pai-bebê (ARAÚJO; ZANI, 2015, p. 605).

Quando falamos de cuidados ao bebê hospitalizado e sua família, não podemos deixar de mencionar os profissionais de saúde¹ que estão envolvidos nesse processo à medida em que estão engajados para atender às demandas que o bebê e seus familiares apresentam ainda no hospital, criando e/ou colocando em prática estratégias de apoio e auxílio à família com o intuito de facilitar e permitir a construção da díade mãe-bebê, e tão importante quanto esta, a díade pai-bebê. Cada família reage de maneira única, bem como deve ser acolhida de maneira singular, e a relação a ser estabelecida entre os profissionais e a família deverá visar uma comunicação clara e o acesso dos pais nos cuidados aos bebês, com o intuito de promover a humanização desse cuidado.

Visando um cuidado humanizado, o Ministério da Saúde criou uma Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), com o objetivo de apresentar os parâmetros que devem estar presentes no que se refere ao atendimento humanizado. Essa política busca: ampliar o acesso ao serviço de saúde; proporcionar um atendimento acolhedor e eficaz; fixar o modelo de atenção, acolhimento e vínculo; assegurar os direitos dos usuários; valorizar o trabalho na saúde; e uma gestão participativa. Através destes eixos é possível oferecer ao paciente e seus familiares um atendimento humanizado, baseado da escuta ativa e sem julgamentos, o acolhimento das

¹ Todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao bebê: enfermeiros, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas etc.

demandas apresentadas, estabelecimento de vínculo entre equipe e família, e empatia (BRASIL, 2003).

No presente trabalho, discorrerei sobre: a idealização do nascimento, ou seja, sobre as fantasias que os pais projetam em seus bebês desde quando recebem a notícia de que serão pais; sobre a construção da paternidade e suas implicações na relação pai-bebê hospitalizados; sobre as estratégias que a equipe multiprofissional de saúde poderá utilizar no auxílio aos pais e ao bebê hospitalizado.

A escolha do tema se deu por um interesse profissional sobre o bebê hospitalizado, seu desenvolvimento e a forma como ele passa a existir no mundo, e a existir enquanto sujeito para seus pais. O interesse surgiu a partir de um estágio curricular realizado num hospital da cidade Rio de Janeiro, no qual houve acesso a UTI Neonatal e foi percebido que a figura presente era sempre a da mãe. Nos meses em que as visitas à UTI Neonatal foram realizadas, não foi visto nenhum pai dentro do espaço. Inclusive, quando a psicologia era acionada para atendimento, os mesmos eram sempre direcionados às mães e uma das questões que surgiam por parte delas, era a falta da presença e participação do pai que lhes geravam múltiplos sentimentos naquele momento.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Tecer uma reflexão sobre a construção da paternidade com bebês hospitalizados.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar uma reflexão sobre a idealização (cercada de fantasias e desejos) do nascimento de um bebê.
- b) Discorrer sobre a construção da relação pai-bebê hospitalizado.

c) Descrever os dispositivos institucionais que poderão auxiliar e/ou prejudicar na construção da paternidade/vínculo pai-bebê.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa.

Foi realizado um levantamento dos artigos relacionados ao tema paternidade e bebês hospitalizados publicados entre os anos de 2014 e 2018. O recorte de tempo, inicialmente, foi de 3 anos e posteriormente de 4 anos, porém, devido à escassez de trabalhos relacionados ao tema, o recorte se deu em 5 anos, onde foram encontrados um maior número de publicações relacionadas ao tema.

A busca ocorreu entre 17/04/2019 à 03/05/2019 nas seguintes bases de dados: SciELO, PePSIC, lilacs. Os descritores selecionados para o refinamento das publicações foram: **Paternidade; Relação pai-filho; Paternidade e bebê hospitalizado**. Os descritores foram consultados anteriormente com auxílio do DeCS, porém apesar do descritor **Paternidade e bebê hospitalizado** não ter sido encontrado na lista do DeCS, ele foi incluído por dar referência ao tema de interesse desta pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA

Ainda hoje, é possível perceber a escassez de pesquisas que abordem a importância do pai na gestação, sua participação neste processo bem como ao longo do desenvolvimento de seu filho, e como isto interfere na vida do homem, na vida do filho e na estrutura da família. Ainda que possamos verificar através das falas de profissionais de saúde o quanto isto é importante para o bebê e sua família, esse tema carece de aprofundamento teórico.

Percebe-se nas produções acadêmicas uma ênfase no vínculo mãe-bebê, porém, fala-se pouco sobre a importância do pai no auxílio à mãe e ao bebê.

A paternidade e a participação do homem no processo de envolvimento dos cuidados com o bebê é algo ainda novo e que precisa ser estudado com o intuito de mostrar a importância dessa relação, assim como as repercussões que isto gera ao longo do tempo. A paternidade é construída a medida que o homem participa do processo de ser pai até o tornar-se pai de fato, processo este que se dá de formas diferentes para cada um (FREITAS *et al.*, 2007).

As enfermarias são um espaço quase que exclusivo de mulheres, e o ideal é que o pai tivesse acesso livre assim como a mãe. Porém, na estrutura atual da sociedade o pai não consegue estar tão presente quanto a mãe, pois um dos motivos é o fato dele ter que continuar trabalhando para garantir o sustento da casa, em paralelo a isso as visitas são muito restritas e em horários que normalmente o pai está trabalhando. Vale ressaltar, que, embora haja essa dificuldade, isto não justifica a ausência total do pai, pois mesmo de longe ele poderá acolher as angústias da mulher e auxiliá-la nesse processo utilizando outros meios, ainda que utilizando as ferramentas virtuais.

Além disso, é importante trazer aos profissionais que atuam no hospital a consciência sobre a importância de sua prática no incentivo à participação do pai nesse processo cujo o nascimento se deu de forma inesperada, visando o bem-estar, o desenvolvimento do bebê e a construção do vínculo pai-bebê hospitalizado.

4 IDEALIZAÇÃO DO NASCIMENTO

A gravidez é um evento muito esperado e idealizado pela maioria das mulheres na cultura em que vivemos. Os estudiosos desta questão, como Badinter (1980), mostram que historicamente, para além da ligação natural, os valores sociais contribuem fortemente para realçar o significado do vínculo mãe-bebê na subjetividade da mãe. O sentimento da maternidade foi se construindo ao longo do tempo, apresentando hoje características bem específicas, que enfatizam a importância do filho na família, o lugar da criança e a intensidade do amor materno nas relações mãe-bebê.

O significado de amor materno é construído de acordo com a cultura no qual está inserido, além dos desejos, e as expectativas da mulher. O amor materno é considerado apenas um sentimento humano que carrega consigo a incerteza, a fragilidade e a imperfeição que são características próprias de qualquer sentimento.

A mulher, ao descobrir-se grávida, torna o bebê gerado dentro de si como o evento central de sua vida. Como sinalizou Freud (1914), ela passa a idealizar como seu bebê será com quem ele irá parecer, o que ele herdará geneticamente do pai e o que ele herdará geneticamente dela. No texto “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, Freud (1914) fala que o amor que os pais projetam nos filhos é o narcisismo deles próprios, brotado e modificado em amor objetal. Ou seja, o narcisismo primário, de certa forma, representa uma espécie de onipotência que é criada a partir do encontro entre o narcisismo que está nascendo no bebê e o reaparecimento do narcisismo dos pais. Surge então a ideia de “Sua Majestade o Bebê”², ou seja, o bebê transforma-se na imagem daquilo que os pais não foram / não conseguiram ser. O filho realizará os sonhos que os pais não realizaram; o menino se tornará um homem altivo no lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe para compensar a mãe que não fizera. Tudo isso demonstra o ressurgimento do narcisismo dos pais que fora transformado em amor objetal (FREUD, 1914).

Os meses se passam, o bebê cresce, e a mãe aos poucos começa a sentir seus movimentos, começa a conversar com seu bebê, a acariciar a barriga como se estivesse fazendo carinho no próprio bebê, e a comprar roupinhas e demais objetos que lhe serão necessários. Enquanto isso, o pai vivencia esse momento através das experiências que a mulher lhe transmite, sentimentos e

² “Sua Majestade o Bebê”, foi o termo utilizado por Freud para referir-se a revivência do narcisismo dos pais perante os filhos, demonstrando-o (narcisismo) através da devoção que fazem a imagem deles (FREUD, 1914)

sensações, auxiliando no momento da escolha dos objetos do bebê, conversando com o bebê e sentindo seus movimentos através da barriga etc.

A gravidez é assim cercada por expectativas, entre elas a de que em nove meses nascerá um bebê perfeito, no qual será projetada uma alta dose de amor, carinho e cuidados. O encontro entre a mãe e seu bebê exige uma reorganização intensa para que assim ela possa amparar, auxiliar e investir nesse novo corpo, bem como a participação do pai nesse processo para que possa auxiliar a mãe em suas demandas e investir no bebê também. Segundo Aulagnier (1999), toda história importante se ergue a partir do nascimento de um corpo que deverá ser libidinalmente investido. “Todo ato de conhecimento é precedido de um ato de investimento e, este último, é desencadeado pela experiência afetiva que acompanha este estado de encontro, sempre presente, entre a psique e este meio – físico, psíquico, somático – que o cerca” (AULAGNER, 1999, p.12).

Os primeiros indícios de uma vida psíquica e somática do bebê irão despertar na mãe a capacidade de emoção e transformação sobre sua psique, que deverá adequar suas fantasias ao real apresentado pela presença do bebê, porém, enquanto os espaços psíquicos e somáticos forem inseparáveis, a psique atribuirá às suas atividades o poder de esboçar suas experiências. As expressões da vida somática do bebê comoverão a mãe, e as demonstrações desta emoção, causarão mudanças no meio ambiente em que ambos se encontram, e como resultado dessa modificação haverá consequências na vida psicossomática do bebê.

Quanto à manifestação somática da mãe, essa é transmitida de seu corpo para o corpo do bebê através do contato de ambos, seja por meio do olhar, por meio do toque ou até mesmo por meio da amamentação, ou seja, se dá através do prazer envolvido em cada interação entre a mãe e o bebê, como ressaltado por Aulagnier:

Este corpo que ela vê, que ela toca, esta boca à qual ela junta seu mamilo, são ou deveriam ser para ela fontes de um prazer ao qual participa seu próprio corpo. Esta componente somática da emoção maternal se transmite de corpo a corpo; o contato com um corpo emocionado toca o teu, uma mão que te toca sem prazer não provoca a mesma sensação daquela que sente o prazer de te tocar (Aulagnier, 1999, p. 32).

O olhar maternal perceberá aquilo que foi guardado da sua própria história de infância, muitas vezes mantido inconsciente pelos processos de recalçamento e sublimação (AULAGNIER, 1999). Este olhar também é influenciado por fatores que determinam seu modo de viver e seu investimento face a face com o bebê.

Enquanto a mãe investe no bebê através dos cuidados, da alimentação etc., é necessário que ela saiba quando deve atuar (pausas emocionais), como quando deve pausar, para que essa atuação dure tempo necessário para o bebê suportá-la. É necessário manter uma relação privilegiada entre o “corpo psíquico” (mãe), e o “corpo relacional e emocional”, permitindo assim que o corpo da criança, que se constrói, seja representado (ALAUIGNIER, 1999).

Os pais trazem consigo, antes do nascimento, a imagem de um bebê que ainda não está diante de seus olhos, mas que retrata para eles a figura leal de suas ilusões narcísicas e de um bebê ideal. O investimento dos pais após o nascimento elucida o motivo pelo qual o bebê ao nascer torna-se apoio de tudo que pode condensar a angústia dos pais, suas culpas e seus medos em relação à perda. A gravidez / a chegada de um bebê reativa nos pais e os remete aos seus passados, ou seja, os pais revivem aquilo que viveram com seus próprios pais quando bebês (ALAUIGNIER, 1999).

De acordo com Aulagnier (1999), o corpo do bebê é o fator necessário que estabelece a união entre o “representante psíquico” da mãe e o bebê real que se tem.

Em contraponto à idealização que a mãe constrói, é necessário que haja um ponto dentro da realidade, o qual, o próprio corpo do bebê poderá lhe fornecer. Ao mesmo tempo, é necessário um afastamento da mãe para que se diferencie o representante psíquico, ou seja, o bebê idealizado, do bebê da realidade. Esse afastamento ao mesmo tempo em que diferencia é capaz de unir novamente o corpo psíquico ao corpo real.

Porém, vale ressaltar que caso não haja essa ligação do representante psíquico dentro do campo da realidade, poderá então, ocasionar duas possibilidades:

- 1) Fenômeno da Idealização Parcial: quanto mais o afastamento é ressaltado pelo corpo do bebê, mais o representante psíquico será idealizado, com isso, tudo que é considerado diferente ou inesperado no bebê, será negado. Aquilo que o bebê transmite à mãe, só será decodificado se for ao encontro com a representação que ela faz do bebê. Porém, se o inverso acontecer, a mãe inverterá o significado da mensagem transmitida pelo bebê. Este tipo de idealização poderá provocar uma insegurança no bebê entre a sua própria conformidade e a imagem que o espelho (a mãe) lhe transmite. Muitas das atitudes afetivas dos pais em relação aos filhos são identificadas como a relembração e a reprodução do seu próprio narcisismo. Assim, eles (os pais) se acham sob a dependência de conceder todas as perfeições ao filho e a esquecer de todas as imperfeições dele.
- 2) Não ocorrer a idealização parcial (que conserva pelo menos um ponto entre o bebê e o representante psíquico), ou seja: seria a necessidade da ruptura de um amor ainda investido no bebê, convertendo assim o concernente psíquico, proporcionando um trabalho de desapego entre o bebê investido de amor e seu representante psíquico (AULAGNIER, 1999, pg. 39-41).

Em relação ao estado de doença (manifestação somática), ele vem acompanhado de um sofrimento, no qual, informa ao sujeito que algo que deveria permanecer oculto para ele e para o outro, manifestou-se e veio a modificar o estado de seu corpo.

A criança revela ao olhar da mãe as manifestações do seu bem-estar, porém institui-lhe as expressões de seu sofrimento. O sofrimento ativa a reminiscência da fragilidade, da dependência, da necessidade de auxílio, na qual nada mais é que o conjunto de traços que estão ligados com a representação que o adulto mantém dentro de si a respeito da criança que ele mesmo foi. Ou seja, o sofrimento conduz a um movimento de identificação naquele que não é mais criança, mas que através do outro (a criança), ocupará novamente ou o lugar da criança sofredora, ou o lugar da criança que poderia abolir todo o sofrimento, poder este que era atribuído aos seus próprios pais (AULAGNIER, 1999).

O relato que a mãe fará a respeito do sofrimento ou a forma como ela o excluirá do discurso que faz a criança sobre sua história do passado terão uma ação determinante na relação que o sujeito manterá com o sofrimento. O discurso realizado pela mãe permitirá ao sujeito guardá-lo na memória e o mesmo será ativado pelo sujeito cada vez que um sofrimento somático ressurgir no seu corpo, marcando assim sua vida psíquica.

O Eu só pode habitar e investir num corpo apossado de uma história. Numa primeira versão construída e guardada na psique maternal, acolhe-se esse corpo para unir-se a ele, ou seja faz sempre parte deste “Eu antecipado”, a figura da criança que se esperava e que logo é inserida num sistema de parentesco carregado de símbolos que guarda a marca do desejo maternal. A mãe tem o direito de sonhar com a beleza, com as semelhanças futuras e com a força deste corpo que está por vir, porém o que pode acontecer é a imagem que foi sonhada não poder compor com um corpo tão diferente e tão estranho para o olhar maternal (AULAGNIER, 1999).

A relação Eu-Corpo surge substituindo-se à relação Eu-Outro. Esta substituição poderá conduzir o outro a importar-se com seu corpo a inquietar-se com o que lhe acontece, a envolvê-lo de cuidados. Porém, se o outro permanece cego ou surdo ao que acontece ao corpo ou se suas respostas não são adequadas à necessidade do Eu, o que era uma substituição temporária poderá tornar-se um estado definitivo.

Quando a substituição do Eu-corpo pelo Eu-outro se torna permanente, surge o confronto com três situações:

- 1) A relação que o sujeito mantém com seu próprio corpo é a retomada daquela que ele mantém com o outro (AULAGNIER, 1999). Essa relação que às vezes se dá de forma negativa, poderá também lhe servir de proteção contra a tentativa do outro de invadir seu mundo psíquico;
- 2) É através do que acontece ao seu próprio corpo que o sujeito vai decifrar o desejo do outro em relação a ele e estabelecer o reconhecimento do seu próprio desejo e;
- 3) O sujeito rejeita a relação de estado de sofrimento e estado de prazer experimentado pelo seu corpo. Ele se convence de que nem sofre e nem usufrui de algo por causa ou por benefício de outro, mas sim porque isso faz parte da natureza do seu corpo.

Sobre essas três situações, Aulagnier (1999):

Esta substituição pode induzir o outro a importar-se com seu corpo a preocupar-se com o que lhe acontece, a cercá-lo de “cuidados”: quando for o caso, o corpo lhe dará de novo seu lugar legítimo e tornará a tomar o papel de mediador relacional que continuará a desempenhar no decorrer da infância.³ Se o outro permanece cego ou surdo ao que acontece ao corpo ou se suas respostas são inadequadas, o que era uma substituição provisória pode se tornar um estado definitivo. O corpo, ao ocupar o lugar do outro, preserva para a psique a última possibilidade de guardar o sinal “relação” nos seus “alfabetos”, sinal indispensável à organização das construções do primário e do secundário (Aulagnier, 1999, p.22).

5.0 Do Filho Idealizado ao Filho da Realidade

De acordo com Meira (1999), a preparação psíquica para a chegada de um bebê geralmente envolve o desejo por uma criança perfeita e o temor a qualquer problema de saúde ou má-formação. Por isso, “gerar uma criança com algum defeito afeta profundamente a autoimagem da mãe, que é tomada por um golpe no seu narcisismo” (MEIRA, 1999, p. 11). Nestes casos a mãe depara-se com o fato de que o filho imaginado em seus sonhos não é o filho que ela gerou. A partir disso, é necessário que se reconstrua as representações agora acerca do bebê real que se encontra diante dos pais (RMM Silva et al., 2016, p.2266).

É comum que durante a gravidez os pais imaginem como será seu filho, com quem ele irá parecer, quais características herdará deles; além disso, tendem a esperar por um bebê saudável e belo. Nesse contexto, torna-se difícil imaginar as consequências caso o bebê necessite de hospitalização após o nascimento, ou seja, caso o bebê não esteja de acordo com as expectativas

de seus pais ou esteja muito distante daquilo que foi idealizado para ele (RMM Silva et al., 2016, p.2266). No período final da gestação a mãe estaria se vinculando ao bebê real, porém, num caso de nascimento prematuro esse processo é interrompido, trazendo a chegada do bebê real que não se aproxima da imagem do bebê imaginado (SCHMIDT *et al*, 2012 *apud* CHERON; SANTOS, 2017, p. 27).

O nascimento é cercado por angústias e por uma transferência psíquica da família. Remete aos pais o seu próprio passado e suas vivências como bebê (MONTEIRO et al., 2014 *apud*, RAMOS; BARBOSA; NETO, 2018, p.194). Existe também um trabalho de luto pelo bebê idealizado durante a gravidez, principalmente no caso de um bebê nascido prematuro, pois, o bebê da incubadora não condiz em nada com o bebê imaginado na gravidez (CHERON; SANTOS, 2017, p. 25).

No final da gravidez, até as primeiras semanas após o nascimento, a mulher entra num estado de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956). Esse estado é caracterizado pela fusão emocional da mãe com o bebê, em que ela e o bebê quase se tornam um só. De acordo com Winnicott, define-se “preocupação materna primária” como:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (Winnicott, 1956, p. 401).

Trata-se de um período normal e necessário para que a mãe possa se adaptar e se identificar com as necessidades iniciais do bebê. Nenhum bebê poderá se desenvolver se não houver alguém que possa ser ele mesmo, porém um “ele” já desenvolvido que possa lhe proporcionar sustento e satisfação. Quando a mãe se coloca no lugar de seu bebê ela tem a capacidade de transformar suas demandas em comunicação entre eles. Mas ao mesmo tempo em que se encontra identificada mantém sua subjetividade para que possa ser capaz de entender a comunicação de seu bebê e ser capaz de atender às suas necessidades.

No caso do parto prematuro esse estado de “preocupação materna primária” ainda não se estabeleceu. Em muitos casos os bebês prematuros não têm condições de sobreviver sem auxílio da tecnologia, ou seja, os bebês são separados de suas mães e passam a ocupar o espaço da UTI neonatal. A mãe, sem seu bebê, encontra-se obrigada a fazer o esforço de ligar-se ao bebê que nasceu precocemente e fora separado dela.

Nesse caso, a participação do pai é essencial, pois ele poderá auxiliar a mãe, acolhendo seus medos e angústias que venham a surgir no momento, além disso, auxiliar nos cuidados ao bebê, vinculando-se a ele também (CHERON; SANTOS, 2017, p.40-41).

5.1 Quando um Bebê de Risco é Aguardado

É considerado um bebê de risco aquele que apresenta problemas ainda na gravidez, na hora do parto ou seguido do parto. Através dos exames realizados no pré-natal é possível detectar anomalias em relação ao feto e, desse modo, é possível que o médico escolha a melhor intervenção para aquele momento e/ou para o momento que precede ao parto. Normalmente, quando algo diferente é identificado no feto, desponta nos pais a preocupação.

Muitas vezes as gestações de risco levam a um parto prematuro, podemos considerar alguns fatores se não os principais, que levam a prematuridade do parto, são eles:

- A quantidade de semanas completas que o bebê apresenta na hora do nascimento;
- O peso do bebê;
- A presença ou não de dificuldade respiratória.

É considerado prematuro o bebê que nasce antes de 37 semanas gestacionais completas. A prematuridade pode ser classificada em três níveis:

- a) Prematuro Limítrofe – aquele nascido com pouco menos de 37 semanas completas;
- b) Prematuro moderado – aqueles nascidos entre 31 e 36 semanas completas;
- c) Prematuro extremo – aqueles nascidos entre 24 e 30 semanas gestacionais.

As complicações mais comuns num parto prematuro, normalmente, estão associadas à maturidade dos órgãos e sistemas no corpo do bebê que ainda não se encontram preparados para a vida fora do útero devido à baixa idade gestacional. Ou seja, quanto menor o número de semanas gestacionais, mais prematuro é o bebê e maiores as dificuldades e ameaças que ele terá que enfrentar.

Dentre as principais complicações, estão

- a) Doenças respiratórias – é a mais comum, pois os pulmões do bebê, normalmente ainda não estão amadurecidos e ainda não produzem uma substância chamada surfactante que faz com que eles encham-se de ar. Caso o bebê não consiga respirar sozinho, poderá ser

feito o uso na substância diretamente nos pulmões e nos casos mais graves, será necessário o uso de ventilação mecânica até que seja possível para ele o exercício de respirar;

- b) Complicações cardíacas – é o caso da persistência pulmonar, quando o canal arterial que liga a artéria pulmonar com a aorta (que deveria fechar logo após o nascimento) não fecha, fazendo com que haja grande quantidade de líquido direcionada aos pulmões e, por esse motivo, se faz necessária uma intervenção cirúrgica para que seja possível o fechamento;
- c) Hemorragia cerebral – referem-se a um sangramento no cérebro e possuem graus diferentes. Quando pequenas, na maioria dos casos, são reabsorvidas espontaneamente pelo organismo, sem consequências graves. Já as mais graves, poderão danificar o tecido cerebral, levar a hidrocefalia e até mesmo interferir na evolução neurológica do bebê.
- d) Retinopatia da prematuridade – trata-se do crescimento desorganizado dos vasos sanguíneos que chegam à retina do bebê. Esses vasos poderão sangrar e causar descolamento da retina gerando perdas visuais de grande significado no bebê.

5.2 Deparando-se com um Nascimento Diferente

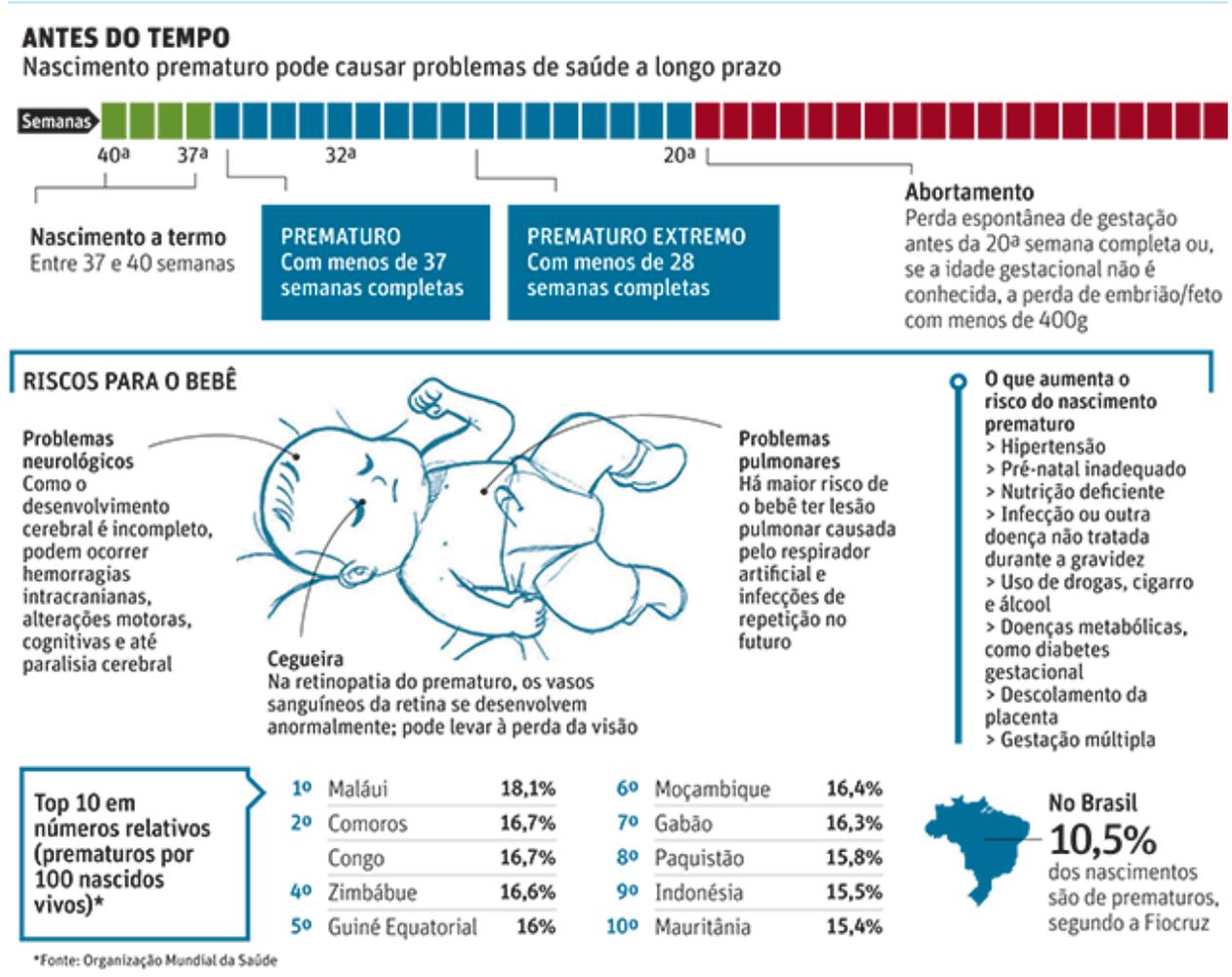
O nascimento para o bebê é um acontecimento que gerará muitas mudanças nele. Antes, o oxigênio poderia ser adquirido através da placenta e após o nascimento esse trabalho será feito pelos seus próprios pulmões. Portanto, é importante que nessa fase, da internação devido a um nascimento prematuro, o bebê não seja sobrecarregado com mais tarefas que lhe exijam esforço, como: sugar, manter a temperatura etc.

As principais causas para um parto prematuro são: bolsa rota/ruptura prematura de membrana; hipertensão crônica; pré-eclâmpsia; descolamento prematuro da placenta; malformações uterinas; infecções uterinas; gestação múltipla; malformações fetais; uso de drogas, álcool e cigarro; doenças metabólicas como diabetes gestacional; nutrição deficiente etc.

Abaixo, na figura 1, temos os dados do ano de 2013 onde podemos observar dados sobre a idade gestacional, os problemas que a prematuridade pode ocasionar no bebê, e a lista dos dez

países com o maior percentual de partos prematuros a cada cem bebês nascidos vivos e o percentual do Brasil.

Figura 1 - Bebês prematuros são 10,5% no Brasil



Fonte: Folha de S. Paulo – 27/02/2013.

Antecipar os problemas que poderão acontecer em um parto diferente é evitar que eles venham a acontecer. Após o parto, se for identificado algum problema com o bebê, ele deverá ser direcionado para a UTI neonatal. Esse é um momento bastante complicado para os pais que sonhavam em ficar com seu bebê após o nascimento e sair da maternidade com ele nos braços.

A UTI neonatal é o local destinado para os cuidados e tratamento do prematuro e/ou de bebês que tiveram problemas ao nascer. Vale ressaltar que nem todos os bebês internados em UTI neonatal encontram-se doentes. Às vezes, eles estão apenas ganhando peso, crescendo e se

preparando para que mais tarde sejam capazes de fazer sozinhos trabalhos como: respirar, sugar e deglutir.

5.3 Como é uma UTI Neonatal?

O local UTI neonatal é um espaço muito estressor tanto para os bebês quanto para suas famílias. É um local com muitos equipamentos barulhentos e com bastante iluminação, que costumam gerar aflição na família.

A incubadora não permite o relaxamento total do bebê. Além disso, o excesso de procedimentos diários (coleta de sangue, aspiração de secreções, higiene, alimentação, etc.) pode fazer com que o bebê sintase incomodado, pois lhe tira do seu estado de equilíbrio e demanda um esforço muito grande para que possa retornar posteriormente. É importante, nesse caso, que o número de procedimentos seja diminuído e que se faça algumas mudanças no ambiente físico, como:

- Diminuir o ruído dos aparelhos, pois é difícil para o bebê descansar com o barulho dos aparelhos que acabam gerando-lhes estresse. Além disso, com um tempo o barulho poderá causar perda auditiva;
- Reduzir a quantidade de luz, pois o brilho da luz poderá afetar a visão do bebê podendo lesar as células dos olhos ou até mesmo desenvolver ‘Retinopatia da Prematuridade’³, que pode levar a perda da visão. Além disso, o excesso de luz pode atrapalhar o ciclo de sono-vigília atrapalhando que o bebê descanse. Para diminuir a quantidade de luminosidade na incubadora poderão ser colocadas cobertas acima dela;
- Atentar-se ao posicionamento do bebê, apesar de a tarefa de encontrar uma posição adequada para o bebê ser difícil por conta dos inúmeros aparelhos ligados a ele, a equipe (fisioterapeutas, enfermeiras) deverá encontrar a posição mais confortável para cada bebê utilizando artefatos diversos (rolos, fraldas, cueiros, etc.) que poderão proporcionar ao bebê maior conforto;

³ Trata-se de um crescimento desorganizado dos vasos sanguíneos que suprem a retina do bebê. Esses vasos podem vir a sangrar e a retina pode vir a deslocar-se e causar perda da visão no bebê.

- O manuseio, pois a maneira como o bebê é manuseado poderá ser um estressor para ele. Alguns bebês demonstram o estresse através de reações fisiológicas, como: alteração da frequência cardíaca e respiratória, diminuição dos níveis de oxigenação, alteração da cor da pele, choro, tremores, etc.;
- O toque, pois a pele do bebê prematuro é algo muito frágil, portanto, o toque deve ser realizado com muita delicadeza. O toque muitas vezes poderá trazer mais desconforto que satisfação para o bebê, pois poderá oferecer a ele um excesso de estímulo que ele ainda não é capaz de organizar. Dessa forma, a equipe apontará a melhor forma de esse toque ser feito sem causar prejuízos ao bebê.

5.4 O Bebê, os Pais e os Primeiros Dias na UTI Neonatal

Entrar numa UTI, sem dúvidas, é uma experiência que permite inúmeras sensações. Dentre essas sensações, estará o medo diante de uma realidade distante daquela idealizada para o bebê. A quantidade de aparelhos, o barulho dos alarmes, a circulação de profissionais desconhecidos tanto pelos pais quanto para o bebê, o uso de um vocabulário técnico que distancia os pais a compreensão daquilo que é dito sobre seu bebê, são experiências vivenciadas pelos pais durante a internação do bebê.

A ameaça da perda é algo recorrente, além do pensamento de frustração experimentado pelos pais, pois eles poderão imaginar que foram culpados de colocar no mundo uma criança, que sozinha não tem condições de sobreviver sem cuidados especiais. Muitos pais, diante dessa realidade, passam a questionar se será válido investir num bebê onde vida e morte andam juntas. Dia após dia, os pais esperam um movimento do bebê que lhes assegure a posição de pais, além disso, vão observando expressões e comportamentos que lhes indique o desenvolvimento e saúde do bebê.

As primeiras experiências na UTI neonatal são bastante difíceis tanto para os pais, quanto para os bebês. Um nascimento diferente deixa de ser um encontro entre pais e bebê para transformar-se em um desencontro entre eles, afinal o bebê é separado de seus pais e vai para a UTI. O bebê já não ouve com tanta frequência a voz de seus genitores e principalmente a de sua mãe que ele ouvia constantemente quando ainda estava no útero, ou seja, o bebê já não encontra

mais aquele aconchego que experimentava na vida intrauterina e a relação mãe-bebê é interrompida pela hospitalização, bem como a relação pai-bebê é prejudicada.

Com o passar dos dias, o bebê apresenta certo declínio de suas reações aos estímulos sonoros, luminosos e cutâneos. Esses seriam sinais de adaptação ao meio ambiente que lhe é possível naquele momento. O bebê necessita desse artifício para se organizar em meio ao seu cotidiano cheio de procedimentos.

6 A CONSTRUÇÃO DA PATERNIDADE

“Quando olho sou visto, logo existo”.

(Donald Woods Winnicott, 1975)

Durante a hospitalização, o bebê precisa de recursos para que venha a ter pleno desenvolvimento, assim como precisa de uma rede de apoio que mesmo estando num ambiente hospitalar atenda às suas necessidades e lhe proporcione um ‘ambiente suficientemente bom’⁴ (WINNICOTT, 1965).

De forma geral, ao pensar num ‘ambiente suficientemente bom’ (WINNICOTT, 1965), há a tendência em pensar na presença da mãe, desta forma, podemos perceber que ainda há pouca participação do homem na construção do vínculo pai-filho. Embora os homens apresentem mais interesse em participar ativamente do desenvolvimento e cuidado dos filhos, há uma questão cultural que cerca esse papel do pai presente em todos os âmbitos da vida do filho, pois como dito anteriormente, a figura feminina ainda é mais valorizada nos cuidados ao filho nos dias atuais.

Verificamos, por exemplo, que nos diversos meios, seja no hospital, na ida ao médico, na reunião da creche ou da escola, a participação da mãe ainda é algo muito mais presente que a do pai, pois tolera-se mais a ausência do pai do que a ausência da mãe no que diz respeito aos cuidados à criança. A crença de que os cuidados dos filhos são naturalmente vinculados a mãe, são transmitidas por gerações em diversas famílias, levando a ideia de que o pai não teria tanta responsabilidade nos cuidados a criança. Entretanto, os cuidados tanto da mãe, quanto do pai, são fundamentais para o desenvolvimento, físico, emocional e psicológico da criança. Essa realidade tem sido repensada e ainda é preciso que seja desmistificada e de fato estimulada pela sociedade, visto que a participação do pai é benéfica para ele, para o bebê e para a mãe (AMORIM *et al.*, 2016).

Atualmente, percebemos uma movimentação, inclusive por parte dos homens em querer participar mais do cotidiano e educação dos filhos, entretanto, observamos na nossa própria história enquanto sociedade, a falta de políticas que insiram o homem nos cuidados ao filho que até então é ocupado pela mulher na maioria das vezes (CHERON; SANTOS, 2017, p. 26). A exemplo disto temos a licença paternidade que nem de longe atende ao ideal visto que a presença

⁴ Conceito cunhado por Winnicott para definir um ambiente que é considerado facilitador para o desenvolvimento do bebê. Inicialmente, esse ambiente é a mãe, porém, ele poderá ser exercido por outros cuidadores do bebê.

do pai é essencial para o bebê e a mãe. Se pensarmos em um bebê hospitalizado, essa perspectiva de um pai tão presente e participativo quanto a mãe é ainda mais difícil, pois a figura da mãe é considerada mais importante até mesmo por prover o primeiro alimento necessário para a sobrevivência do bebê, além de ter com ele uma relação construída intimamente ao longo dos nove meses em que o gestou (FREITAS, *et al.*, 2007).

Entretanto, não podemos falar em paternidade sem citar parentalidade, visto que a “[...] parentalidade é o estudo dos vínculos de parentesco e dos processos psicológicos que se desenvolvem a partir daí” (PONTON, 2004, p.29). Ou seja, a parentalidade é o processo no qual os pais identificam o bebê como um sujeito que tem um vínculo de parentesco com eles e, a partir disso, se identificarão como pai e/ou mãe deste sujeito que é reconhecido como filho. “O bebê faz seus pais”, como afirma Lebovici (2004). Os pais são construídos e parentalizados pelo bebê, assim como ele mesmo se constrói e se parentaliza com os pais, é um processo mútuo.

A construção da relação dos pais com seu bebê hospitalizado depende do quanto eles conseguirem reconstruir a imagem deste bebê que se colocou em sua frente, o bebê real. De acordo com Lebovici (2004, p. 21), o processo de parentalidade é iniciado quando a mãe cria a imagem da criança imaginária que dará ao seu marido.

Antes, o que se tinha era a fantasia de um bebê imaginado pelos pais e, posteriormente, se tem o encontro dos pais com o seu bebê real que deverá ser ressignificado para que assim possam investir neste bebê e construir uma relação de pais e filho. “Quando o filho nasce e a mãe o pega no colo, ela pega no seu bebê real e também no imaginário” (LEBOVICI, 2004, p. 21).

Através do narcisismo primário o bebê consegue olhar sua mãe e a identificar como sendo parte dele, da mesma forma que a mãe olha seu bebê e através desta relação sente-se mãe daquele bebê. Da mesma forma podemos pensar no pai, pois quando pega nos braços o seu bebê e ambos interagem entre si, se torna possível ser pai desse bebê, bem como para o bebê sentir que este faz parte de si mesmo. É necessário ao bebê sentir-se objeto de desejo dos pais, assim como é necessário aos pais o processo de parentalização com seu bebê para que através disso possam atender às suas necessidades.

De acordo com Lebovici (2004, p.24), para que possamos compreender a relevância da parentalidade na constituição da vida mental da criança é necessário destacar alguns pontos, são eles: 1) não se pode dispensar um investimento dos pais no bebê; 2) a vida dos pais é modificada após o nascimento do bebê para que haja adaptação às suas necessidades, interferindo inclusive

na vida sexual do casal. A parentalidade é um processo necessário para que essas novas adaptações ocorram de forma que o casal consiga lidar com isso em prol do desenvolvimento do bebê.

Lebovici (2004, p.34) nos propõe a percepção na qual o pai estaria inicialmente na imaginação da mãe, o que significa dizer que se o bebê é a representação da sexualidade do pai com a mãe, sendo sua existência vista de maneira diferente dependendo da relação que sua mãe tem com seu pai, bem como pela relação da mãe com o próprio pai, através da herança deixada pelo complexo de Édipo. Assim, mesmo a criança representando uma fonte de desejo dos pais ela também poderá ser uma fonte de desequilíbrio a medida que ela exige uma mobilização constante do aparelho psíquico dos pais e, desta forma, ela poderá ao mesmo tempo ser fonte de desequilíbrio para o ego dos pais por exigir adaptação às suas necessidades a todo momento.

Segundo Houzel (2004, p.47), o conceito de parentalidade não é definido apenas por um genitor ou por alguém designado como pai, mas vai além disso pois é necessário “tornar-se pais” implicando assim em níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental, sendo este processo nomeado de “processo de transição em direção à parentalidade” ou “processo de parentificação”.

Houzel (2004, p.48-51) descreve a parentalidade em três eixos:

- a) O exercício da parentalidade: ultrapassa o indivíduo, sua subjetividade e seus comportamentos, organizando os indivíduos em seus laços de parentesco, mostrando-os seus direitos e deveres. Cada sociedade tem sua definição de laços de parentesco, definindo o lugar que cada indivíduo ocupa numa sociedade e sua organização, promovendo assim um espaço no qual o indivíduo é capaz de se desenvolver, porém a preço de algumas limitações;
- b) A experiência da parentalidade: é a experiência abstrata consciente e inconsciente do fato de vir a ser pai e ocupar funções parentais. Podemos assinalar dois aspectos da experiência da parentalidade, são eles: o desejo pela criança e a transição para a parentalidade; e
- c) A prática da parentalidade: é caracterizada pelas atividades diárias que os pais devem exercer junto à criança, são os cuidados parentais (cuidados físicos e psíquicos).

O processo de parentalidade é cada vez mais conhecido, principalmente nas mães recebendo o nome de maternidade. Neste processo a mãe sofre modificações psíquicas do decorrer da gestação e no pós parto, uma delas é a “*preocupação materna primária*”⁵, fazendo com que a mãe invista no seu bebê e nas tarefas maternas que deverá exercer.

⁵ Winnicott (1956), A Preocupação Materna Primária, em: Da Pediatria à Psicanálise, 1959. Estado psicológico em que a mãe apresenta grande preocupação com o bebê, um espécie de fusão emocional, para que assim possa identificar-se com seu bebê e atender às suas demandas iniciais de forma satisfatória. Inicia-se no final da gestação perpetuando até as primeiras semanas do pós parto.

As alterações psíquicas que se manifestam nos pais passam a ser exploradas somente no processo de transição para a paternidade. Não se pode negar que elas existam, ainda que menos perceptíveis que aquelas que observamos nas mães.

O pai introduz a distinção nas trocas entre mãe e criança. A mãe o reconhece como o pai, e este por ser reconhecido como pai, reconhecerá a criança e se unirá a ela, tornando-se assim pai e não apenas um genitor como anteriormente, pois é do desejo de ser pai que ele se torna pai.

Falar de construção da parentalidade/paternidade é algo muito complexo, pois envolve fantasias a respeito do bebê, além de exigir do pai uma nova adaptação de sua vida, pois passará de filho para pai também.

A paternidade é construída a medida em que o homem participa do processo de ser pai até o tornar-se pai, processo este que se dá de formas diferentes para cada um. Ainda hoje é possível perceber a escassez de pesquisas que abordem a importância do pai na gestação, sua participação neste processo e em todo o processo ao longo do desenvolvimento de seu filho, assim como isto interfere na vida do homem, na vida do filho, na vida da mulher que se sente acolhida e na estrutura da família, funcionando como uma rede de apoio (CHERON; SANTOS, 2017, p. 25). A paternidade e a participação do homem no processo de envolvimento aos cuidados do bebê é algo ainda novo e que precisa ser estudado com o intuito de mostrar a importância dessa relação, assim como os impactos que isto gera ao longo do tempo.

Além disso, é importante trazer aos profissionais que atuam em UTI Neonatal a consciência sobre a sua atuação no incentivo à participação do pai neste processo cujo nascimento se deu de forma inesperada, visando o bem-estar e desenvolvimento do bebê e a construção do vínculo pai-bebê hospitalizado.

Com o passar do tempo a função pai tomou novos significados na sociedade. Antes, este era visto como aquele responsável por fornecer a parte material da família, ou seja, o alimento, roupa etc. Enquanto a mãe era responsável pelos cuidados da casa, filhos e marido. Com a mudança desse paradigma, o homem passou a se envolver mais com o cuidado da casa, da esposa e dos filhos. Envolver-se com os cuidados ao bebê e à mulher durante a gestação é fundamental para que o homem possa vir a construir o afeto paterno. Diferente da mulher, ele não gera o bebê em seu ventre, não sente seus movimentos dentro do próprio corpo, bem como não experimenta o momento do parto como a mulher (PICCININI, 2004 *apud* CHERON; SANTOS, 2017, p.29).

O nascimento de um de um bebê gera mudanças na rotina do casal, tanto em relação aos afazeres quanto em relação ao psiquismo de cada um, pois faz com que eles revivam as suas próprias experiências com seus pais e os cuidados que tiveram durante a infância.

De acordo com Balancho (2012) *apud* Gonçalves; Bottoli (2016), em relação ao cuidado dos pais, são apontados 3 tipos de participação do pai na vida dos filhos:

- a) O envolvimento, no qual o pai tem contato direto com o filho e seus cuidados, além de estabelecer uma comunicação que auxilia na relação entre ambos;
- b) Acessibilidade, delineada pelo pai se colocar de forma disponível para o filho, fisicamente e emocionalmente disponível a atender às demandas do filho;
- c) A responsabilidade, diz respeito as decisões que o pai deverá tomar tendo em vista que reconhece o que é melhor para o seu filho.

A paternidade é experimentada como algo significativo na vida do homem, pois demanda reestruturação do papel masculino na medida em que gera um novo reconhecimento social, de filho para pai, ligado a um desejo anterior que possibilitou a sua constituição (SOARES *et al.*, 2015).

7 A Construção da Paternidade com Bebês Hospitalizados – Algumas Contribuições

Durante a hospitalização do bebê há situações que podem favorecer ou dificultar o contato e a relação do pai com o bebê. O trabalho e apoio da equipe de saúde nesse processo é importante na medida em que torna a participação do pai algo essencial para o bebê, bem como para ele mesmo enquanto homem que ocupa um novo papel na sociedade, agora de pai (SOARES *et al.*, 2015 *apud* RAMOS; BARBOSA; NETO, 2018, p.194).

Quando falamos na equipe de saúde como facilitadora, falamos de uma equipe comprometida com o processo de doença, saúde e bem estar do bebê e da família. É necessário que a equipe enxergue o pai como tão importante quanto a mãe, e forneça a ele informações sobre o estado de saúde de seu bebê, bem como o encoraje a ter contato com o bebê, segurar no colo, fazer o método canguru, entre outras estratégias que venham a favorecer esse contato com o bebê, reconhecendo assim o seu papel de pai (RMM Silva *et al.*, 2016, p.2267).

Quando falamos em dificuldades, podemos pensar numa equipe que não reconhece a importância da figura paterna nesse processo e, com isso, não encoraja a participação do pai. Nos dias atuais podemos perceber maior envolvimento dos homens no período da gestação, seja de forma emocional ou comportamental, nos levando a observar uma modificação do processo de construção da paternidade. Ainda assim, essa mudança no paradigma da paternidade não é vista naturalmente com todos os pais, podendo observar que para alguns pais poderá existir dificuldade de interação e vinculação com o bebê após o parto e/ou durante a hospitalização. Entretanto, é essencial o encorajamento advindo da equipe de saúde a esses pais durante o pré-natal, parto e pós parto incentivando-os a participar desse processo e a vincular-se ao bebê. Incentivar a participação do pai nos cuidados a mãe e ao bebê é incentivar a paternidade, é apresentar ao pai o papel que ele ocupará daqui em diante.

Os profissionais de saúde são fundamentais na minimização de sentimentos negativos que possam surgir nos pais (homens) durante a hospitalização do bebê. É importante que o pai seja informado sobre os procedimentos que são realizados no bebê e sobre o estado de saúde do bebê. Ao profissional de saúde cabe também a escuta ativa de possíveis questões que o pai poderá apresentar, escuta essa livre de julgamentos e com o intuito acolher seus medos e anseios a respeito de seu filho, além disso, incentivar a participação do pai nos cuidados ao bebê durante a hospitalização, incentivando-o a participar ativamente dessa nova experiência que é o nascimento de um filho e o quanto a sua presença é importante na vida do bebê (ARAÚJO; ZANI, 2015, p.607).

De acordo com LEBOVICI (2004), os profissionais como médicos e enfermeiros, por serem os principais envolvidos nos cuidados ao bebê hospitalizado, podem ser identificados como apenas àqueles que terão capacidade de cuidar do bebê, podendo gerar na mãe e no pai sentimentos de incapacidade ou de alguém que poderá representar algum perigo a esse bebê.

7.1 O Auxílio aos Pais na UTI Neonatal

Muitas vezes, erroneamente, os pais de bebês internados numa UTI neonatal acreditam que eles são segundo plano durante a hospitalização do seu bebê. Pois, acreditam que o bebê possa estar vivendo apenas através do auxílio dos profissionais de saúde e de aparelhos. Isso acrescido da falta de interação do bebê com seus pais poderá levá-los, muitas vezes, a pensar que não são importantes na vida de seu bebê. “Como sentir-se mãe de um bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha [...], que não fabrica mãe?” (MATHELIN, 1999, pg.67 apud BRAGA; MORSCH, 2003, pg.52). O recém-nascido possui um papel primordial na vida da mãe em relação à autenticidade da competência dela como sua cuidadora. Porém, o bebê prematuro necessita investir suas energias em seu autoequilíbrio, não podendo dar a sua mãe sinais de que ela está exercendo bem o seu papel de maternagem.

A falta de interação do bebê está ligada ao fato de que ele precisa manter seu equilíbrio interno que muitas vezes exige dele ausência de comunicação com o ambiente. Desse modo, ele passa a decodificar e a decifrar os estímulos que lhes são apresentados para mais tarde, quando já estiver organizado, oferecer uma resposta a eles. O principal problema aqui é que se tem como referência um bebê a termo, porém, quando falamos de um recém-nascido prematuro estamos falando de outro tempo de desenvolvimento (BRAGA; MORSCH, 2003, pg.52).

Os pais devem compreender que eles não são coadjuvantes da história do bebê na UTI Neonatal, mas que ao contrário, são protagonistas juntamente com o bebê. Dessa forma, os pais devem oferecer ao seu bebê o apoio necessário para seu desenvolvimento e recuperação.

O pai costuma ir à UTI Neonatal primeiro e fornecer as informações sobre o bebê para a mãe. Cabe ao profissional de saúde acolher suas demandas, fornecer informações sobre o estado de saúde do bebê e os procedimentos/cuidados realizados, com o objetivo de levar informação ao pai sobre seu filho, bem como o de estabelecer um diálogo entre equipe e pais, envolvendo e incentivando o pai nos cuidados.

O bebê prematuro é percebido pelos pais como frágil e imaturo, é importante que a equipe ressalte os aspectos positivos daquele momento, favorecendo o vínculo afetivo entre os pais e o bebê.

Por se tratar de uma experiência triste e dolorosa, algumas vezes os pais podem apresentar dificuldade de vincular-se ao filho por medo de perdê-lo, com isso, poderão depositar suas

esperanças/confiança no aparato tecnológico da UTI Neonatal e nos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao filho (FONTOURA et al., 2011 apud RAMOS; BARBOSA; NETO 2018, p. 194). Em contrapartida esse aparato poderá levar a um afastamento do bebê, pois o mesmo muitas vezes não pode ser pego no colo, contribuindo assim para a diminuição do contato direto com seus pais.

Para alguns pais a permanência na UTI Neonatal é uma tarefa bastante difícil, porém, vale ressaltar, que essa tarefa não deve ser encarada como uma obrigação para os pais. Muitos procuram forças conversando com alguém, através do apoio de familiares que se revezam na UTI para auxiliar os pais e o bebê.

É importante salientar que há muito a ser feito pelos pais de bebês hospitalizados. Assim como o bebê, eles demandam apoio de profissionais que os ajudem a continuar investindo em seu bebê e fazendo planos futuros para ele.

Uma das questões que mais preocupam os pais e os familiares é a incapacidade da mãe de cuidar do seu bebê de forma prazerosa na situação do nascimento prematuro, quando este acontecimento gera na mãe uma reação depressiva. Não existe ausência de afeto, mas sim uma incapacidade, naquele momento, de cuidar sozinha de um bebê. Existe uma dificuldade da mãe perceber a demanda do bebê e, dessa forma, respondê-lo de forma satisfatória. Para diminuir os efeitos da interrupção da relação da mãe com seu bebê é importante restabelecer o vínculo mãe-bebê, porém, para isso, é necessário que a mãe tenha no hospital um ambiente que ela possa ser amparada e protegida para que assim ela possa amparar e proteger seu bebê.

É importante que os familiares e os profissionais percebam que a situação requer um cuidado especial e auxiliem a mãe, o pai e o bebê de forma a ajudar-lhes em sua relação mãe-bebê/pai-bebê. Uma das formas atuais de promover essa ajuda tanto para o bebê quanto para a mãe é o método conhecido como Canguru.

7.2 Metodologia Canguru: Uma Aproximação Entre o Bebê e sua Família

Foi desenvolvido em Bogotá na Colômbia, na metade dos anos 80. O método canguru prioriza o contato pele a pele entre a mãe, o pai, familiares e o bebê recém-nascido de baixo peso. Esse método visa oferecer uma atenção humanizada ao recém-nascido, ou seja, uma assistência necessária e capacitada para cuidar do bebê com tudo que se faz necessário. Algumas premissas do método canguru são: acolhimento ao bebê e a sua família; respeito às individualidades; ascensão do contato pele a pele; envolvimento da mãe, pai e familiares nos cuidados ao bebê. O bebê deve ser colocado na posição vertical, aguardando o tempo necessário para que ele possa se estabelecer, e o tempo máximo da posição é o quanto for prazeroso para ambos. Deve ser orientada por uma equipe de saúde capacitada, de modo a ser seguro.

Entre as vantagens que o método proporciona, podemos citar: a redução do tempo de separação mãe/pai-filho; favorece o vínculo afetivo mãe/pai-filho; promove maior segurança dos pais nos cuidados ao bebê, inclusive depois da alta hospitalar; incentiva o aleitamento materno; promove o controle térmico adequado ao recém-nascido; auxilia na redução do risco de infecção hospitalar; diminui o estresse e a dor; assegura um relacionamento melhor entre a família e a equipe de saúde; promove ao recém-nascido uma estimulação em relação ao seu desenvolvimento de forma integral; maior qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

A principal vantagem desse método é ‘devolver’ o bebê a sua família o mais rápido possível. Fala-se em ‘devolver’ o bebê porque pelo fato dele estar em uma UTI Neonatal muitas vezes faz com que ele passe menos tempo com a família devido os cuidados que ele demanda naquele momento. O método proporciona aos pais a diminuição da sensação de que houve uma separação entre eles e seu filho. Na posição canguru ocorre o contato pele a pele entre pais e filho, onde é possível perceber uma entrega dos pais como se estivessem voltando a um lugar que lhes pertence. O método canguru, entre outros benefícios, estimula o aleitamento materno; o controle térmico do bebê; promove aos pais a sensação de competência; favorece o relacionamento entre família e equipe de saúde.

Nesse método, o bebê é retirado da incubadora e é colocado nos seios da mãe ou contra o peito do pai, com o tórax e o abdome fazendo contato pele a pele. O método canguru é aplicado em três etapas:

- I. Primeira etapa: inicia-se no pré-natal da gestação que requer cuidados especiais, no decorrer do parto/nascimento, posterior a internação do recém-nascido na UTI Neonatal. Dessa forma, é possível que a mãe/pai, de certa forma, mantenha contato com a história de seu bebê. Além das informações sobre o bebê, a equipe proporciona a mãe/pai auxílio emocional e conforto como se de alguma forma o bebê estivesse próximo dela o tempo todo. Nessa etapa alguns objetivos, são: acolher os pais e familiares; incentivar o livre acesso do companheiro ou acompanhante; informar sobre a importância da visita de outros familiares; proporcionar o contato pele a pele precocemente respeitando as condições de saúde do bebê e a disponibilidade dos pais; disponibilizar suporte e apoio a amamentação; garantir a permanência da mãe na unidade de saúde; diminuir os estímulos da unidade neonatal; garantir o suporte necessário para a realização da posição canguru.
- II. Segunda etapa: nesta etapa a mãe e o bebê permanecem juntos durante todo o dia e o pai o maior tempo possível. A mãe aos poucos vai assumindo os cuidados com seu filho fazendo com que o apoio da enfermagem vá diminuindo cada vez mais. O tempo na posição canguru deve ser livre, porém o ideal é que seja o maior possível e prazeroso para ambos. Nessa etapa, inicia-se o preparo da mãe para o momento da alta para que aos poucos ela sintam-se mais segura em cuidar de seu bebê quando for para casa. Alguns critérios dessa etapa, são: desejo e disposição; apoio da família para que possa permanecer no hospital em tempo integral; mãe, pai, familiares e profissionais de saúde devem estar em consenso; a mãe deve reconhecer os sinais de conforto, estresse, respiração do bebê; habilidade e conhecimento para manusear o bebê em posição canguru.
- III. Terceira etapa: o RN receberá alta hospitalar e será acompanhado pela equipe do hospital e da atenção básica do método canguru. A mãe e o pai continuarão realizando a posição canguru em casa e recebendo o apoio necessário da equipe através do ambulatório. Nessa etapa recomenda-se a posição canguru em tempo integral ou o máximo possível. Alguns dos critérios dessa etapa, são: mãe segura e familiares conscientes dos cuidados ao recém-nascido em casa; comprometimento materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo que for possível; recém-nascido com peso mínimo de 1,600g; aumento de peso nos três dias

que antecedem a alta; sucção exclusiva e, em alguns casos, complementação; primeira consulta 48 horas após a alta; acompanhamento ambulatorial do recém-nascido até que atinja o peso de 2,500g; correção de situações de risco; observação da dinâmica psicoafetiva entre RN e familiares etc.

O Método canguru promove o contato pele a pele entre pais e bebê, bem como auxilia no processo de vinculação com esse bebê hospitalizado; reduz as taxas de morte após a alta; diminui a incidência de infecções; hipotermia; doenças do trato respiratório; favorece o aumento de peso, a amamentação; favorece o vínculo mãe-bebê e o ambiente familiar.

É de suma importância que a equipe de saúde incentive e encoraje o pai a realizar a posição canguru, explicando os benefícios e envolvendo-o nos cuidados ao bebê. Promover esse contato desde os primeiros dias de vida poderá beneficiar a tríade pai, bebê e mãe, gerando mais autoconfiança nos cuidados ao bebê, além dos benefícios a saúde⁶.

8 Alguns incentivos à participação do pai previstos na legislação⁷

Podemos verificar nessa sessão alguns incentivos à participação do pai nos cuidados ao filho, pautados na legislação:

- Acompanhamento do parto – Lei Federal nº 11.108/2005:
Os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), ficam obrigados a aceitar a presença de um acompanhante junto a parturiente e escolhido por ela, durante o período do trabalho de parto, parto e pós parto imediato.
- Licença Paternidade – Art. 7º da Constituição Federal de 1988:
A licença paternidade tem o prazo de 5 dias.
- Acompanhamento de crianças e adolescentes internados – Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8.069:

⁶ Atualidades em amamentação. Cuidado Mãe Canguru, nº58, 2017.

⁷ Cartilha: Unidade de Saúde Parceira do Pai, agosto de 2009.

Art. 12º Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

- Mês de Valorização da Paternidade – Decreto Municipal nº 24.083 de 2 de abril de 2004: Agosto é considerado o mês de valorização da paternidade, onde as unidades de saúde, escolas e quaisquer outras instituições que trabalhem com crianças, adolescentes e suas famílias, devem realizar atividades relacionadas ao tema da paternidade e da participação do homem nos cuidados às crianças e adolescentes.

8.1 Licença Paternidade

Ao pesquisar sobre a licença paternidade foi percebido que há pouquíssimas bibliografias sobre o tema. Podemos pensar que isso se justifica pelas diferenças de gênero que nos leva a acreditar que a presença da mãe em tempo integral é mais importante que a do pai. De fato, a mãe acolhe mais demandas relacionadas ao bebê, afinal ela gestou e produz o primeiro alimento essencial para a sobrevivência do bebê. Além disso, por passar pelo período da gestação, parto e puerpério, ela necessita de mais tempo para se recuperar de toda essa mudança que seu corpo sofreu nos últimos meses. Porém, se a mãe ocupa o papel principal de cuidados ao bebê, quem ocupará o papel de cuidados à mãe e auxílio aos cuidados desse bebê?

Nessa perspectiva de cuidado, o pai deve ser inserido, incentivado e impulsionado a fazer parte dessa história de forma ativa com o seu novo papel social de pai.

A licença paternidade inicialmente foi incluída aos direitos trabalhistas do homem através do art. 473, III da CLT – inserido pelo Decreto-lei 229/1967, com o objetivo de possibilitar 1 dia útil de falta ao homem, visto que a mulher necessitava de repouso após o parto e para que fosse feito o registro civil do recém-nascido. Porém, somente em 1988 (promulgação da Constituição Federal) o benefício foi estendido de 1 para 5 dias consecutivos a partir do primeiro dia útil a data do nascimento.

Atualmente, podemos verificar diferenças em relação ao benefício, por exemplo:

- Trabalhadores cujo empresa participa do Programa Empresa Cidadã⁸ tem direito a 20 dias corridos (Lei n. 11.770/08, art. 1º, II);
- Trabalhadores de empresas privadas ou públicas tem direito a 5 dias corridos (ADCT, art. 10, §1º);
- Servidor público federal tem direito a 20 dias corridos (Decreto 8.737/16, art. 2º);
- Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016:
 - Até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira; (Incluído dada pela Lei nº 13.257, de 2016)
 - 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica. (Incluído dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

8.2 Licença Maternidade

Abaixo podemos verificar, de forma breve, o caminho percorrido pela licença maternidade no decorrer do tempo até os dias atuais.

- Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943(CLT) - Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.
- A Constituição Federal de 1988, art. 7º, inciso XVIII, prevê direito à **licença-maternidade** de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário
- Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002 – 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.
- Lei nº. 11.770 – 09/09/2008 (CLT) - criação do Programa Empresa Cidadã que prorroga a licença maternidade de 120 dias para 180 dias.
- Projeto-Lei nº 72/2017 - altera os arts. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, 71 e 71-A da Lei nº 8.213, de

⁸ Trata-se de um programa adotado por algumas empresas, no qual a licença maternidade passa de 4 meses para 6 meses e a licença paternidade por mais 15 dias além dos 5 já estabelecidos, totalizando 20 dias. Com isso, a empresa poderá obter dedução fiscal dos gastos com o funcionário, além de abatimento do IR.

24 de julho de 1991, para majorar o prazo da licença-maternidade, de 120 para 180 dias, e permitir ao pai acompanhar a mãe do nascituro nas consultas e exames durante a gravidez.

A partir dessas diferenças mostradas acima, podemos refletir sobre essas diferenças propostas a licença paternidade. Se para a mulher o período de licença é de 4 a 6 meses, por que há diferenças, chegando no máximo a 20 dias, em relação a licença paternidade?

Podemos atribuir à importância histórica e social que é dada ao pai. Ao longo da pesquisa já foi dito que essa relação do pai com o bebê vem mudando ao longo do tempo, visto que os pais (homens) tem participado muito mais dos cuidados, educação e outros aspectos relacionados a educação e participação na vida dos filhos. Porém, é necessário que as políticas públicas caminhem junto com essas mudanças, de modo a incentivar a participação do homem desde a gestação (nas consultas, exames de rotina etc.), durante o parto e durante o puerpério. É necessário compreender que o pai, embora não gere e amamente o bebê, ele tem o direito e deve participar dos cuidados ao filho tanto quanto a mãe. O figura do homem deve ser modificada como aquele responsável apenas pelo sustento da família, para aquele responsável também pelo cuidado, modificando assim sua figura social histórica⁹.

⁹ Cartilha: Unidade de Saúde Parceira do Pai, agosto de 2009.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paternidade, sem dúvidas, é um tema de suma importância para a sociedade. Ao longo da construção do presente trabalho, foi percebido que esse é um tema que ainda merece ser muito explorado, inclusive como forma de incentivo da mudança de paradigma do papel do pai na sociedade, na família e na vida dos filhos. Este é um campo que carece mais pesquisas que evidenciem os benefícios causados pelo vínculo pai-bebê precocemente.

Em relação às políticas públicas, constatou-se que embora elas estejam evoluindo em lentos passos, ainda há muito o que se fazer para que de fato o papel do pai seja percebido e valorizado como um diferencial nas unidades de saúde. As políticas devem caminhar em prol de capacitar os profissionais a receber esse pai e fazer o manejo necessário para que ele se sinta parte do processo da gestação, parto, pós parto hospitalização e cuidados ao bebê. Além disso, elas devem também favorecer ao pai o aparato necessário para que ele consiga estar presente na vida do filho, sem que isso interfira nas outras áreas de sua vida, como no trabalho.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica narrativa para a conclusão de um curso de especialização, o trabalho não objetivou uma pesquisa de campo. Porém, fica como um incentivo para futuras pesquisas relacionadas ao tema, para que possam ser desenvolvidas práticas baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, Mariana et al. **Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n.8, p.2583-2594, Ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000802583&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/04/2019.
2. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros. **Principais Complicações.** Disponível em: <<http://prematividade.com/sobre-prematuros/principais-complicacoes-2>>. Acesso em: 30/04/2019.
3. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros. **O Bebê Prematuro.** Disponível em: <<http://prematividade.com/sobre-prematuros/o-bebe-prematuro>>. Acesso em 30/04/2019.
4. ARAÚJO; ZANI. **DISCURSOS PATERNOS FRENTE AO NASCIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO PREMATURO.** Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10378/11122>> Acesso em: 17/04/2019.
5. AULAGNIER, Piera. *Nascimento de um corpo, origem de uma história.* In Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Vol. II, n° 3, setembro de 1999, pg. 9-45.
6. BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
7. BRAGA, N.A.; MOREIRA, M.L.L; MORSCH, D.S. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.* 1ª Ed. Brasil: Fiocruz, 2003.
8. BOTTOLI, C. RAMOS, L. **PATERNIDADE: A CONSTRUÇÃO DO DESEJO PATERNO.** *Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.48, p.185-204, jul./dez. 2016.* Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/7566>. Acesso em: 19/04/2019.
9. CHERON, T; SANTOS, C. **PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO PAI NA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DOENÇA CRÔNICA.** *Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.49, p.<25-51>, jan./jun. 2017.* Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9014>>. Acesso em: 03/05/2019.

10. COLLUCCI, C. *Bebês prematuros são 10,5% no Brasil*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1237437-bebes-prematuros-sao-105-no-brasil.shtml>>. Acesso em: 20/04/2019.
11. FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. **Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, Jan. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/04/2019.
12. FREUD, Sigmund. *Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Obras Completas Vol. XII (1914). Brasil: Companhia das Letras, 2010.
13. MATOS, M. et al. **GESTAÇÃO PATERNA: UMA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.49, p.147-165, jan./jun, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/8513/7288>. Acesso em: 21/04/2019.
14. MATOS, M et al. **Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais**. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 2, p. 261-271, mai./ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n2/2175-3563-pusf-22-02-00261.pdf> >. Acesso em: 02/05/2019.
15. MEIRA, A. C. (1999). O impacto do nascimento de um bebê mal-formado no narcisismo materno. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
16. Ministério da Saúde (BR). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_cangurumanua_l_3ed.pdf>. Acesso em: 23/04/2019.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 1 ed. Brasília (DF): MS; 2003.
18. MONTEIRO, F; et al. **A participação paterna em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. *Revista de Ciências Médicas, Campinas*, 23(3):145-151, set./dez., 2014. Disponível em: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2825/1950>. Acesso em: 26/04/2019.
19. PONTON, L. *Ser pai, Ser mãe Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. 2º Ed. Brasil: Casa do Psicólogo, 2006.

20. RAMOS, H; BARBOSA,L; NETO,L. **A PATERNIDADE NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O QUE DIZ A LITERATURA CIENTÍFICA?**. GEP NEWS, Maceió, V.2, n.2, p. 191-197, abr./jun. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/5271-18510-1-PB.pdf> Acesso em: 27/04/2019.
21. RMM Silva; et al. **VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS DE NEONATOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA**. Enferm. Cent. O. Min. mai/ago 2016. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940> >. Acesso em: 30/04/2019.
22. SMSDC-RJ. **UNIDADE DE SAÚDE PARCEIRA DO PAI**. 1ed. Rio de Janeiro; ago. 2009.
23. SOARES, R. e cols. **Ser pai de um recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: da paternidade à paternidade**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 409-416, setembro de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300409&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/05/2019.
24. VIEIRA, M; et al. **Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos**. Arq. bras. psicol. vol.66 no.2 Rio de Janeiro 2014. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200004 >. Acesso em: 29/04/2019.
25. WINNICOTT, D. W. 1965: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
26. WINNICOTT, D. W. (2000). **Preocupação materna primária**. In D. W. Winnicott. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise (pp.491-498). Rio de Janeiro. (Originalmente publicado em 1956).
27. ZORNIG, S. **Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade**. Tempo psicanalítico. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 453 470, jun. 2010. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02/05/2019.