

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Instituto de Psicologia

Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Terminalidade Infância e
Família

*Paternidade e Hospitalização Infantil: Como o pai vive a experiência de
hospitalização de um filho?*

Mariana Reichelt Chemello

Porto Alegre, fevereiro de 2006.

MARIANA REICHEL T CHEMELLO

***PATERNIDADE E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: COMO O PAI VIVE A
EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO DE UM FILHO?***

Monografia elaborada como requisito para a obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Terminalidade Infância e Família da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadores: Prof^a Ms. Milena da Rosa Silva

Prof. Dr. César Augusto Piccinini

Porto Alegre, fevereiro de 2006.

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
APRESENTAÇÃO.....	05
Justificativa e Objetivo.....	07
MÉTODO.....	09
Paternidade e Hospitalização Infantil.....	11
Experiência de Hospitalização para a Família.....	11
Experiência de Hospitalização para a Criança.....	20
Paternidade Hoje.....	29
Pai na Hospitalização.....	36
Estudo de Caso.....	45
Conclusão.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

RESUMO

O presente trabalho propõe uma revisão bibliográfica sobre a importância da figura paterna na hospitalização infantil. Para isso, consideramos relevante examinar a experiência da hospitalização para a figura do pai, bem como o significado dessa experiência para a criança e para a família desta.

Enfocaremos a maneira como o pai vivencia a internação de um filho no ambiente hospitalar, buscando ainda um entendimento dos sentimentos paternos frente à doença e à hospitalização da criança enferma. Também abordaremos o modo como a figura paterna poderia ajudar na internação e na recuperação do filho. A fim de ilustrar alguns pontos apresentados na revisão bibliográfica, será apresentado um estudo de caso realizado na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital da rede pública de Porto Alegre.

Palavras-chaves: Paternidade, hospitalização infantil.

APRESENTAÇÃO

O trabalho com crianças sempre foi um foco de interesse para a formação acadêmica e profissional de psicologia. Estudar a infância permite compreender o desenvolvimento do sujeito e a dinâmica do ciclo vital. Quando se trabalha com crianças, acredita-se que, necessariamente, se deva trabalhar também com a família desta criança, principalmente, com os pais, os cuidadores mais próximos.

Por essa razão, ao realizar o estágio de Pós-Graduação do Curso de Especialização em Infância e Família pela UFRGS, decidi trabalhar com crianças em uma Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA). A rotina hospitalar não é nada fácil para crianças e pais que chegam pela primeira vez em um hospital. Desta forma, é preciso um trabalho de toda a equipe da Unidade de Internação a fim de facilitar a entrada da família no meio hospitalar e ambientar a criança à internação. No decorrer do estágio realizado, foi possível acompanhar e entender melhor os sentimentos das crianças internadas, dos seus pais e dos seus familiares.

Partindo da dificuldade de encontrar o nome do pai nos prontuários dos filhos, pois, geralmente, o hospital coloca apenas o nome da mãe, pensei em discutir a participação da presença paterna na internação de um filho. Logo foi possível perceber como o pai é visto pelas mães de outros pacientes e pela equipe do hospital. Através desta observação, também percebemos que a presença do pai vem sendo cada vez maior nos leitos da Unidade Pediátrica.

O objetivo deste estudo é entender, através de uma revisão bibliográfica, como a figura paterna vivencia a experiência de hospitalização de um filho em uma Unidade de Internação Pediátrica de um hospital. Assim, num primeiro momento, abordarei os efeitos da hospitalização para a família e para a criança. A segunda parte do trabalho terá como foco a paternidade no contexto hospitalar. Por fim, será apresentado um estudo de caso que ilustra essas questões.

Justificativa e Objetivo

A idéia deste trabalho nasceu durante a realização do estágio realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, a fim de obter o título de especialista em Psicologia Clínica. No contato e convívio diário com pais que acompanhavam seus filhos na Internação Pediátrica foi possível observar mais de perto como ocorre a relação pai-filho em situações de doenças e internações prolongadas. A partir disso, percebemos a importância da presença do pai no período de internação infantil e os possíveis benefícios desta presença para a criança ou bebê.

Uma das primeiras situações em que foi possível levantar um questionamento sobre a participação do pai na internação dos filhos foi o fato de, na maioria das vezes, não encontrar o nome do pai no prontuário da criança. A equipe costuma registrar apenas o nome da mãe. A partir disso, pode-se levantar algumas indagações: O hospital está dando atenção à figura paterna? Como os pais vivem a experiência de hospitalização de um filho?

O objetivo deste estudo é entender, através de uma revisão bibliográfica, como a figura paterna vivencia a experiência de hospitalização de um filho em uma Unidade de Internação Pediátrica de um hospital. Isto é, este trabalho busca compreender os sentimentos do pai frente à doença e hospitalização da criança, o modo como ele percebe o seu papel, que atividades ele realiza durante a internação, como ele lida com o bebê enfermo, dentre outros aspectos da paternidade neste contexto. A partir disso, será investigado como a figura do pai poderia ajudar na internação do filho.

MÉTODO

O presente estudo será uma revisão da literatura. Será realizado através de pesquisa bibliográfica de artigos, trabalhos e livros que abordassem assuntos pertinentes à paternidade (relação pai-filho, envolvimento paterno, papel do pai) e à hospitalização.

Esta revisão bibliográfica terá como foco o modo como a figura paterna vivencia a experiência de hospitalização de um filho em uma Unidade de Internação Pediátrica de um hospital ou em situações de internação prolongada. Isto é, este estudo busca compreender os sentimentos dos pais frente à doença e hospitalização da criança, o modo como eles percebem o seu papel, que atividades eles realizam durante a internação, como eles lidam com o bebê enfermo, dentre outros aspectos da paternidade neste contexto.

A revisão da literatura será ilustrada por um caso clínico. Este caso foi atendido por mim na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital da rede pública de Porto Alegre, no período de maio a setembro de 2005, e relata a situação de uma criança internada para uma avaliação e de seu pai. Durante a

avaliação surgiu a necessidade da realização de uma cirurgia na criança, sobre a qual a família deveria decidir, e seu pai é o principal cuidador durante todo o período de sua internação.

PATERNIDADE E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Experiência de Hospitalização para a Família

A experiência de ter um filho doente e com necessidade de hospitalização é, sem dúvida, muito angustiante para pais e familiares. Para a criança, a internação também se caracteriza por um período extremamente ansiogênico e novo, no qual os pais têm importância fundamental para a adaptação e melhora da criança. Desta forma, enfocaremos a experiência de hospitalização de uma criança para a família, a experiência da hospitalização para a própria criança e, posteriormente, será realizada uma revisão bibliográfica sobre a paternidade no contexto hospitalar.

A família pode ser entendida como um sistema intercomunicante onde o comportamento de um indivíduo só pode ser entendido a partir do contexto de todo sistema grupal e do meio em que ele está inserido (Romano, 2003).

De acordo com Chiattonne (2003b), os pais e a família são como um todo, sendo cada um dos seus elementos extremamente significativo para o desenvolvimento infantil, pois a família é a unidade de representação básica da criança.

Família é, conforme Knobel (2003) um dos grupos primários e naturais de nossa sociedade, no qual o ser humano vive e consegue se desenvolver. A integração familiar é prévia e social, determinada pelo meio ambiente e participa bem precocemente da configuração da personalidade, determinando algumas características sociais, étnicas morais e cívicas dos integrantes da comunidade adulta.

A partir desta perspectiva, podemos compreender melhor como a criança reage diante da internação, pois alguns de seus comportamentos são influenciados diretamente por seus familiares. Observamos também a importância da equipe hospitalar preparar a família e prestar apoio psicológico para enfrentar a situação de hospitalização de uma criança, pois a criança percebe como os pais lidam com essa situação e tudo que o ocorre em sua volta. Assim, a maneira como os pais tratam seus filhos terá uma influência direta na adaptação e evolução do quadro da criança, bem como no seu tratamento.

A hospitalização de um membro da família segundo Leske, 1986; Cohen & Craft, 1988; Halm & cols. (2003), é um evento que gera estresse. O equilíbrio do sistema familiar é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, pois a hospitalização é vista como uma ameaça. Se o equilíbrio não é restaurado, ocorre a crise.

Crise é entendida como uma situação aumentada de respostas habituais inadequadas para solucionar os problemas ou controlar a ansiedade. Ela é um desarranjo em uma situação de equilíbrio. A crise é autolimitante, pois um sistema não pode permanecer numa situação de desequilíbrio, e uma solução deve ser encontrada em dias ou semanas (Caplan, 2003).

Ao falarmos de crise, é necessário considerarmos a questão da morte, que está intimamente relacionada com o desequilíbrio do sistema familiar, principalmente quando se trata da morte infantil. Esse é um assunto difícil de ser abordado com pais, e mesmo com a equipe hospitalar, pois há uma resistência ao falarmos sobre a morte de crianças. Isto porque elas representam e suscitam a esperança, sendo vistas como alegria, crescimento, futuro, em contraposição à morte que implica tristeza, deterioração, passado. Falar de morte, portanto, se constitui em um desafio, e este é um assunto que causa medo e tristeza. “O morrer da criança apresenta-se, assim, como a mais monstruosa, a mais impossível, a mais cruel de todas as realidades, suscitada em todos nós intensa ansiedade e medo” (Horta, 1982, p. 357).

Alguns autores afirmam que a perda física tem uma relação direta com a perda psicológica. A perda psicológica envolve déficits cognitivos e está associada à perda progressiva da intimidade. Pode ocorrer um distanciamento prematuro dos membros da família e a necessidade de renunciar emocionalmente à morte da criança. Ocorre uma negação (Rolland, 1998). Especialmente nos casos de doença terminal em criança, por vezes, durante o estágio na Unidade de Internação Pediátrica, foi possível observar o afastamento progressivo da família, por sua dificuldade em aceitar a morte prematura do filho.

Na situação de crise, a família da criança, de acordo com Chiattonne (2003a), reage com muita dificuldade. É comum que durante todo o processo de adoecimento e hospitalização da criança surjam sentimentos e reações de medo, desespero e um sentimento de culpa por terem “exigido” demais da criança. Com o aparecimento da doença ocorre uma desestruturação do grupo, e a família tenta reaver seu equilíbrio anterior, redistribuindo suas cargas emocionais, hostis ou afetivas. Por essas razões, a figura paterna adquire um papel especialmente importante para a criança, pois o pai pode representar um “porto seguro” para seu filho ou filha enfermo.

Algumas das fontes mais freqüentes de ansiedade de uma família com um membro doente são: a súbita e inesperada instalação da doença; a incerteza sobre o prognóstico; medos de que o paciente sinta dor, tenha uma

inabilidade; medo de que o paciente morra; falta de privacidade ou individualidade; ambiente desconhecido e aterrorizante; separação física do paciente e/ou distância de casa, sem grupo de amigos, vizinhos ou parentes com quem possam conviver, ou que dêem sensação de amparo e disponibilidade. Esse afastamento leva a: mudanças nos papéis familiares; quebra de rotinas; sentimentos de isolamento; sentimentos de perda de controle; outros problemas, como despesas extraordinárias para custeios de manutenção nas proximidades do hospital e/ou para custeios no tratamento (Romano, 2003).

Diante de todas essas mudanças e fontes de ansiedade, pode-se observar importantes repercussões nas emoções em todos os membros da família. Entre essas repercussões as reações mais comuns são, para Chiattonne (2003a), os sentimentos de tranqüilidade/força interior, respeito/esperança, medo, insegurança/pressão, confusão/intromissão, apatia, intranqüilidade/desespero e desestruturação. Também pode ocorrer uma superproteção da criança, redução da afetividade, separações conjugais, abandono do lar, abandono da criança, impaciência/desconfiança, pouca tolerância às solicitações da criança, pouca tolerância ao sofrimento da criança, culpa, pânico no ambiente hospitalar, “conspiração de silêncio”, negação/tratamentos alternativo, raiva, barganha, depressão, aceitação.

O trabalho junto às crianças doentes e hospitalizadas, para esta autora, deve priorizar a humanização. A criança deve ser protegida por se encontrar em situação tão frágil e de dependência de outros, de um atendimento técnico, impessoal e agressivo. Os objetivos de trabalho da equipe de saúde seriam minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promover a sua saúde, fazer dessa criança um elemento ativo dentro do processo de hospitalização e da doença, e favorecer a relação mãe-filho, procurando compreender os riscos e seqüelas da separação desse binômio. Chiattonne (2003a) ainda enfatiza que o maior malefício para a criança doente, durante o processo de hospitalização, seria a separação de sua mãe.

É essencial, segundo Horta (1982), para o equilíbrio emocional da criança que os pais ou substitutos permaneçam a maior parte do tempo ao lado da criança, pois, do contrário, a realidade externa pode reforçar a fantasia externa de ter sido abandonada como castigo. Para a criança, a presença dos pais, em um ambiente hospitalar onde o mal estar físico é uma constante, pode funcionar como uma fonte de proteção e um elo com o mundo externo (Ortiz & cols., 1993).

Deste modo, o acompanhamento dos pais durante a hospitalização da criança pode diminuir e amenizar a ansiedade e angústia geradas pela doença. Ortiz & cols. (1993) também destacaram que o exercício da função parental, desde a manutenção dos cuidados físicos até a continuidade das ligações

afetivas primárias junto à criança, facilita uma compreensão da situação traumática vivida, podendo diminuir sentimentos de culpa que são despertados pela doença.

A presença constante dos pais junto à criança hospitalizada é, hoje, assegurada legalmente no Brasil. A Lei nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe em seu artigo 12 que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições de permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de crianças e adolescentes” (Ministério da Saúde, 1991). Esta lei, portanto, está em acordo com os achados da literatura e também com as indicações do relatório Platt, marco na história pediátrica, que já no ano de 1959 enfocou a importância da visitação livre, dando ênfase ao cuidado emocional e psicológico da criança hospitalizada. As principais recomendações deste relatório são: admissão de crianças em hospitais infantis ou Unidades Pediátricas, tratamento pediátrico específico, treinamento para enfermeiros pediátricos, visitação dos pais a qualquer horário e oferecimento de atividades de recreação (Dias, 2001).

Em pesquisa realizada por Ortiz & cols. (1993) com 240 grupos de orientação a pais e mães em UTI Pediátrica, com encontros semanais, num período de 36 meses, foi observado que eles referem dúvidas sobre a doença do filho. Entre essas dúvidas as autoras destacaram: o medo de aproximar-se

do filho doente, sensação de estar atrapalhando a equipe, ansiedade aumentada e difusa quanto à criança internada, temor da morte do filho, sentimento de culpa e de impotência frente à doença e ao processo de hospitalização. Através da criação de grupos de pais e mães, abriu-se um espaço pra a expressão desses sentimentos, dúvidas e tabus. Observou-se também uma certa dificuldade de entender os sentimentos suscitados pela situação de hospitalização, dificultando, muitas vezes, o entendimento da doença e da sua gravidade. Percebe-se que grupos de orientação a mães e pais podem ser relevantes no sentido de amenizar os temores diante da hospitalização do filho, funcionando como um continente das suas ansiedades.

As ansiedades dos familiares de crianças enfermas também estão, geralmente, ligadas a sentimentos de culpa. Com relação a este sentimento, Chiattonne (2003a) refere que ele quase sempre se mostra de maneira muito intensa na família, relativo ao aparecimento da doença e à hospitalização da criança. A família tem fantasias de que desejou ou realmente causou a doença da criança. O sentimento de culpa, porém, aparece como hostilidade encoberta e está principalmente vinculado à má alimentação, aos maus-tratos, conscientes ou não, e ao desprezo. “O sentimento de culpa causa demonstrações excessivas e irrealis de amor e preocupação. Algumas vezes, determina o afastamento da família para evitar o aumento da culpa e visão concreta desta” (Chiattonne, 2003a, p.94).

Na busca para restabelecer o equilíbrio, as famílias podem reagir tentando substituir o elemento doente pelo nascimento de outra criança ou outros mecanismos substitutivos. Uma reação que também aparece na busca do restabelecimento do equilíbrio é o aparecimento de doenças em outros membros da família como pais, avós, irmãos. Esse mecanismo funciona como elemento para combater a culpa relacionada à doença “provocada” na criança. Além da culpa, existem outros sentimentos como a agressividade, a negação, o medo, a depressão e a hostilidade que estão presentes na desestruturação da família da criança hospitalizada (Chiattonne, 2003a). Frente a esta situação, a autora sugere que a atuação junto às famílias deve ser extremamente considerada pela equipe de saúde. O objetivo seria promover a saúde mental integral da criança, dando apoio, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação de sentimentos, esclarecimento sobre a doença e fortalecimento do grupo familiar.

Experiência de Hospitalização para a Criança

A criança possui necessidades e características próprias da fase de desenvolvimento em que se encontra. A fim de evitar ao máximo que o desenvolvimento infantil seja prejudicado pela enfermidade e internação, o hospital deve dar continuidade ao atendimento dessas necessidades específicas (Veríssimo, 1991). Mas, apesar desses cuidados, o ambiente hospitalar geralmente traz algumas conseqüências para o desenvolvimento infantil.

Já outros autores relatam a hospitalização, como experiência dolorosa para a criança, pode gerar algumas manifestações como inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontrolável de fugir, dependência e falta de receptividade (Cavalcanti citada por Nascimento, 1985). Chiattonne (2003a) destacou alguns aspectos que devem ser considerados com relação à criança hospitalizada: a privação materna – sensação de abandono; medo do desconhecido; sensação de punição e culpa; limitação de atividades e estimulação; aparecimento ou intensificação do sofrimento físico; despersonalização.

A privação materna pode ser entendida como a insuficiência de interação entre a criança e a figura materna (Ainsworth citado por Nascimento 1985). Essa privação é uma situação ampla que abrange várias situações diferentes na qual a criança não encontra esse tipo de relação, compreendendo deficiência de alimento emocional e de estímulo intelectual. Ela ocorrerá se uma criança for afastada de sua mãe e será relativamente suave se a criança passar a receber cuidados de outros indivíduos já conhecidos. “A ausência da família ou da mãe no hospital leva a criança a sentir-se abandonada” (Chiattonne, 2003a, p. 29).

A privação materna na hospitalização, para Chiattonne (2003a), provoca muita angústia, uma necessidade de amor, sentimentos de vingança, e em consequência disso, culpa e depressão na criança. Os efeitos da privação materna foram estudados por Spitz (1980) em crianças removidas de seus lares, abandonadas por suas mães ou que permaneceram por longos períodos em instituições. Mesmo com cuidados de higiene e alimentação, essas crianças apresentaram retardo físico, social e intelectual.

Em seus estudos sobre hospitalismo, Spitz analisou as consequências da privação total em crianças que foram abandonadas em hospitais. Para esse autor, a ausência da mãe leva a uma deterioração progressiva que envolve toda a criança. Essa deterioração inicia-se por uma interrupção do desenvolvimento psicológico da criança, e em seguida, ocorrem mudanças

psicológicas paralelas a mudanças somáticas. Após essas etapas, há uma predisposição crescente às infecções. Caso ocorra uma privação emocional contínua, aumenta consideravelmente a taxa de mortalidade. “Pode ocorrer atraso motor e algumas crianças tornam-se passivas. Neste tipo de crianças, há uma progressiva e crescente predisposição à infecção, além de uma alta porcentagem de marasmo e morte. Tais crianças têm dificuldades de vestirem-se sozinhas, problema de controle dos esfíncteres, bem como vocabulário pobre” (Spitz, 1980, p. 242).

Assim destaca-se a importância do contato humano com crianças hospitalizadas, e como a privação materna, e provavelmente a privação paterna, podem acarretar problemas e dificuldades no desenvolvimento da criança. Pode-se pensar, portanto, que uma figura paterna presente e participativa poderia atuar positivamente na recuperação da criança. Desta forma, o pai poderia realizar uma espécie de “paternagem” com o filho. Tal conceito será abordado no próximo capítulo.

Outro aspecto que, para Chiattonne (2003a), deve ser considerado com relação à hospitalização de uma criança é o medo do desconhecido. As crianças, segundo Ortiz (1997), estão bem mais vulneráveis do que os adultos às dificuldades de entender as doenças. Isso ocorre porque elas ainda se encontram em desenvolvimento, seu nível de compreensão não acompanha o dos adultos e elas dependem deles para sobreviver. Assim, a reação da

criança diante da doença irá depender muito da maneira como seus pais reagem a ela. “O medo do desconhecido e o mundo novo que ela vislumbra quando entra no hospital serão experimentados com tal ansiedade que, diante disso, podem reagir de forma a negar o que lhes assusta, não cooperando com o tratamento, com atitudes reivindicadoras, com agressividade ou até com a total submissão aos procedimentos” (Ortiz, 1997, p. 73). De acordo com essa autora, afastar-se do meio conhecido de sua casa, de sua cama, seus brinquedos, suas roupas e, principalmente, de sua família e amigos faz com que a criança viva momentos de extrema insegurança, perdendo seus referenciais.

Assim, a hospitalização para a criança, já agredida física e emocionalmente pela a doença, representa ainda um afastamento do seu lar. O seu ambiente social e emocional de origem é trocado por um contexto estranho, social e fisicamente superestimulado, onde a criança entra em contato com novas pessoas através manipulação e atendimento de suas necessidades básicas por agentes instáveis e desconhecidos (Guimarães, 1988).

Além disso, muitas vezes a criança não recebe informações suficientes sobre sua situação, o que, em um estudo realizado por Freiberg citado por Nascimento (1985), revelou-se a maior causa das inquietações da criança hospitalizada. Em estudos realizados com mães de crianças que passaram por

hospitalização, elas referem que seus filhos se tornaram infelizes e amedrontados durante a internação. Ao regressarem à rotina, as crianças apresentaram comportamentos negativos como tiques, maneirismos, medo, necessidade de mais atenção, insônia, hiperatividade, agressividade, enurese noturna, entre outros. Esse estudo revelou que a maior causa das inquietações para as crianças seria a falta de informações.

Comunicar-se com as crianças sobre saúde e doença é parte integral da própria assistência à saúde, e a maneira como nos comunicamos com elas pode afetar suas reações aos procedimentos e conhecimentos sobre saúde e doença (Dorn citado por Veríssimo, 1991). Quanto mais a criança sabe sobre o que esperar, menos medo ela sente, pois pode lidar melhor com o desconhecido. Desta forma, a sua capacidade de lidar com medos desconhecidos associados à hospitalização e aos procedimentos diagnósticos será maior se receber informações e preparos apropriados (Steele, 2001).

Mesmo que a compreensão da criança seja limitada ao seu nível de desenvolvimento, isso não justifica que ela receba informações incorretas ou incompletas. Ao contrário, isso implica na necessidade de se dar informação de tal forma que ela consiga compreender (Veríssimo, 1991). Para Erickson (citado por Veríssimo, 1991), na maioria das vezes, um pai munido de informações e apoiado pelos profissionais de saúde pode prover o suporte necessário à criança em idade escolar em situações difíceis. Verifica-se,

portanto, a importância da participação dos pais e mães durante a internação infantil como parte deste processo. Os pais devem transmitir segurança, além de manter um diálogo franco e verdadeiro com os filhos sobre a situação que estes estão vivenciando.

Outro aspecto, destacado por Chiattonne (2003a), que deve ser considerado com relação à criança hospitalizada diz respeito às fantasias de punição e culpa. A doença para a criança, segundo Horta (1982), está sempre relacionada à morte. Em vista disso, há uma forte tendência da criança se autoculpar. A enfermidade é vivida como uma castração pelas fantasias agressivas apresentadas, principalmente, na relação com os pais e os irmãos. Reforçando a ideia de castigo, a hospitalização afasta a criança da família e a submete a uma série de procedimentos dolorosos. Essa situação acaba reforçando o sentimento de culpa: “Muitas vezes, um forte sentimento de culpa pode levar a criança a se entregar precocemente à morte, por não se sentir mais com direito à vida” (Horta, 1982, p. 358).

Outra dificuldade enfrentada pelas crianças hospitalizadas, de acordo com Chiattonne (2003a), é que elas devem suportar, constantemente, uma limitação de atividades impostas pela doença e pela estrutura do hospital. O espaço físico é limitado, há falta de estimulação, que é acentuada pela própria rotina diária do hospital, tornando esse um ambiente que entristece a criança.

Apesar de o ambiente hospitalar poder repercutir negativamente sobre a criança durante a sua internação, existem casos em que a internação traz alguns benefícios para a criança. Durante o período de estágio, foi possível constatar que um paciente de 12 anos, que havia operado o apêndice, estava feliz por estar no hospital. Ele afirmou que gostava de estar lá, gostava das brincadeiras e que tinha atenção das “tias” da equipe. Além disso, ele também contou que o período em que estava lá foi o mais feliz que ele já teve. Quando questionei sobre sua doença, se não havia sido difícil para ele, ele respondeu que aquilo não tinha sido nada.

A respeito deste caso, observei que esse menino raramente recebia visitas de seus familiares. Ele morava com sua tia, uma prima, também com 12 anos e seu pai. Sua mãe não tinha contato com ele e seu pai era alcoolista. Nunca foi possível conversar com sua tia, apesar de ter marcado diversos horários, esta não comparecia às sessões. A única pessoa que foi fonte de informações neste caso foi a orientadora da escola em que ele estudava que veio visitá-lo. A orientadora informou também que, através de um programa realizado pelo mesmo hospital que ele estava internado, esse menino recebera o diagnóstico de déficit de atenção, mas a família nunca se interessou em buscar ajuda, mesmo tendo ela sido encaminhada ¹. Pode-se pensar, portanto, que para uma criança com tamanhas dificuldades e ausência de suporte da

¹ Esse menino estava repetindo a quarta série pela terceira vez.

família, o ambiente e a rotina estruturados do hospital constituíram-se em fatores de proteção.

Além dos aspectos já mencionados, durante a internação pode ocorrer de a criança passar a sentir dores ou ter seu sofrimento físico intensificado através de exames e condutas intrusivas que são realizados nos primeiros dias no hospital com o intuito de se determinar um diagnóstico (Chiattonne, 2003a). Alguns autores afirmam que há, ainda, uma perda da identidade no ato da internação. O sujeito torna-se uma paciente que deve agir como tal, isto é, ele “tem que” cooperar com as regras do hospital, “tem que” adequar-se à instituição. A perda da identidade soma-se à própria situação da doença que consiste em uma ameaça de morte (Gonçalves, 2001). Esta perda de identidade equivale, de acordo com a autora, a uma vivência de castração: “Esta perda da identidade está relacionada ao fato do sujeito ter que de despojar de seus pertences, seus hábitos, seu local de moradia etc, equivale à castração, uma vez que o sujeito vê-se diante da perda de coisas que possuem valor para ele. Portanto, a castração encontra-se presente não só em relação à doença em si, mas também quanto à adequação às normas institucionais” (Gonçalves, 2001, p. 34).

De acordo com todos os aspectos apresentados anteriormente com relação à hospitalização infantil, observamos que o hospital e a situação de doença são potencialmente estressores para a criança e os familiares. O apoio

familiar é um elemento fundamental para a recuperação da criança, sua segurança e seu bem-estar durante a internação. Em razão disso, a presença do pai pode ser um fator preponderante para transmitir afeto, resgatar a autoconfiança, a auto-estima, a auto-imagem e a identidade da criança. Por adquirir uma característica cada vez mais importante na vida dos filhos, atualmente, o papel da figura paterna precisa ser pensado.

Paternidade Hoje

Atualmente, pesquisadores e profissionais da área da psicologia do desenvolvimento têm cada vez mais se dedicado ao tema da paternidade. Antigamente, os pais eram descritos como sendo “alheios”, ausentes, incapazes de expressar suas emoções. A imagem do pai era de uma pessoa que ficava de fora do círculo de cuidados da criança (Bell, 1992).

Conforme Ramires (1997), o papel paterno, na perspectiva tradicional, era caracterizado pela indiferença e distância. A função do pai era basicamente sustentar economicamente a família e oferecer suporte emocional, apoio, à sua esposa, com pouco envolvimento direto com os filhos. Portanto, nesta perspectiva, os homens eram simbolicamente importantes para seus filhos, como modelos de poder e de autoridade, mas distantes de seu dia-a-dia.

Neste modelo tradicional de família a mulher era vista como a “rainha do lar”, mãe por instinto, abnegada e vivendo em osmose com os bebês, sendo ela o canal da relação entre eles e o pai, que só se fazia presente para exercer a autoridade. Essa família continua patriarcal, ou seja, a mulher “reina” dentro

do direito privado da casa, delibera sobre as questões imediatas dos filhos, mas é o pai quem comanda em última instância (Almeida, 1987).

Hoje se observa que a sociedade tem modificado sua mentalidade a respeito da participação do pai nas tarefas de cuidados e na criação dos filhos, e da influência do pai no sistema familiar e no desenvolvimento infantil. Isto ocorreu em resposta às mudanças sócio-econômicas que ocasionaram a entrada das mulheres no mercado de trabalho, acarretando uma maior participação masculina na vida doméstica, um interesse em discutir e questionar a estrutura familiar e o papel paterno e materno (Benetti, 2001). O que ocorre é que quando a mulher passa a entrar ativamente no mercado de trabalho e buscar a igualdade de direitos civis, homens e mulheres passam a realizar tarefas que antes eram restritas a eles ou a elas. Ramires (1997), afirma que, a partir disso, a paternidade passa de estritamente biológica a uma paternidade mais afetiva e social. Dessa forma, é possível compreender a participação mais ativa e efetiva do pai na criação dos filhos e filhas.

Lebovici (1987) também constatou mudanças nas funções do pai nas sociedades urbanizadas ocidentais, referindo que o desejo de maternidade não é exclusivo das mulheres. Suas observações demonstraram que o pai pode desempenhar bem o papel chamado “maternante” nos cuidados de bebês, mostrando para isso uma grande habilidade.

Nesta perspectiva moderna, a importância do papel do pai no desenvolvimento infantil vem mudando e sendo mais reconhecida. Hoje, a função do pai é reconhecida como fundamental no desenvolvimento da criança, principalmente para a aquisição da identidade de gênero, a performance acadêmica e o desenvolvimento moral (Ramires, 1997).

As únicas funções na criação dos filhos das quais o pai está excluído são as da gestação e da amamentação. Há constatações de que os homens podem interagir com seus filhos e filhas recém-nascidos, de maneira ativa, tocando-os e acalentando-os na ausência das mães. Deste modo, a interação pai-filho/filha acontece desde o início da vida da criança e pode ser importante para o desenvolvimento dos laços entre ambos (Ramires, 1997). Neste sentido, para Aberastury & Salas (1984), o papel paterno seria ter tempo para estar em contato com o filho, registrar as mudanças, ter flexibilidade suficiente para adaptar-se às novas necessidades e ajustar a cada período o tão difícil equilíbrio entre permitir e proibir.

Atualmente, portanto, prevalece uma nova caracterização do papel do pai, que já não tem mais sido visto como correspondendo àquele modelo tradicional. Badinter (citado por Ramires, 1997) afirmou que, com o fim do patriarcado, começou a desenhar-se uma paternidade diferente. Esta mudança teve como base estudos, realizados nos últimos vinte anos, que demonstraram que as crianças têm uma necessidade absoluta dos pais nos primeiros dois

anos de vida. Constatou-se também que o “novo pai” procura alcançar uma ruptura com o modelo em que viveu na própria infância e deseja reformular o comportamento do seu próprio pai, a quem considera frio e distante.

A respeito das conceitualizações de paternidade, é importante compreender que esta não é uma noção exclusivamente definida e resultante da noção do masculino. Ao contrário, a paternidade emerge da interação entre o masculino e o feminino, sendo também entendida a partir do que a mulher percebe como a condição paterna. Assim, a noção de paternidade pode ser entendida como um construto relacional (Segal, citado por Benetti, 2001). Cabe mencionar também que, sendo as mulheres as maiores responsáveis pelo cuidado dos filhos, elas influenciam diretamente a maneira como seus filhos e filhas, futuros pais e mães, entenderão o papel paterno.

Embora a identidade de pai reflita aspectos de todo o desenvolvimento do indivíduo, Vasconcelos citado por Silveira, (1998) destacou que ela só é realmente construída quando o homem reconhece o outro como filho e é identificado por esse outro como pai. A autora considera que: “a paternidade é um processo contínuo de estruturações, desequilíbrios e reestruturações, e dá-se através de um processo dialético de fusão e diferenciação entre o que se reconhece como pai e aquele a quem se chama de filho, na busca contínua - de ambos – da (re) construção de suas próprias identidades” (p. 44).

As novas crenças em relação ao papel do pai levaram à necessidade de investigar sua capacidade de se relacionar com seus filhos. De acordo com Neubauer (1989), a criança pode estabelecer um apego semelhante em relação ao pai e à mãe. A diferença não está no apego, mas no tipo de interação. O bebê, com idade entre oito e doze meses, reagiria ao brinquedo do pai com mais interesse, pois a estimulação paterna seria mais intensa do que a materna, a qual seria mais confortadora e consoladora. Klaus e Klaus (1989, p. 120) ilustram essa idéia com um ditado Maia que diz: “No bebê está o futuro do mundo. A mãe deve segurá-lo apertado; assim ele saberá que o mundo é seu. O pai deve levá-lo à montanha mais alta; assim ele poderá ver com o que o mundo se parece”.

Brazelton & Cramer (1992) também asseguram que existe um apego entre o pai e a criança desde a primeira infância. Este apego seria mediado pela atitude materna em relação ao papel do pai, bem como pela sua própria infância. A tarefa do menino em seu trajeto rumo à paternidade é abandonar o desejo de ser idêntico à sua mãe e de ter com os filhos a mesma relação que ela teve. Não são todos os homens que possuem êxito nesta tarefa. Alguns deles não cessam de invejar as capacidades criativas da mulher e não admitem ser excluídos deste processo. Estes autores também afirmam que o desejo masculino de ter um filho está relacionado com a potência e a capacidade de engravidar a mulher, assegurar a sua linhagem, renovar seu relacionamento com os objetos primários pela experiência com seus

filhos/filhas e reviver a antiga rivalidade edipiana, igualando-se ao próprio pai através da geração de um filho e superando esse pai na criação desse filho/filha. Os autores concluem que o pai exerce influência direta sobre o desenvolvimento dos filhos. Do mesmo modo, Burdon (1998) afirma que hoje os pais desempenham um papel importante na vida dos filhos e cada vez mais eles estão assumindo um papel mais ativo no cuidado e na criação dos seus filhos, bem como em aspectos do trabalho doméstico que antes eram considerados “tarefas de mulheres”.

Um estudo com crianças de famílias australianas feito por Amato em 1987 (citado por Burdon, 1988) mostrou a importância dos pais no desenvolvimento dos filhos. A qualidade da paternidade (e a da maternidade) está relacionada com a “competência” em crianças, ou seja, o desenvolvimento de contatos e interações sociais. Concluiu-se que o controle parental, especialmente o controle paterno, era importante para o desenvolvimento de confiança e segurança dos filhos. Neste mesmo sentido, também foi verificado que a ausência de atenção parental estava relacionada com a baixa autoestima e baixo autocontrole, assim como baixa competência social na vida dos filhos.

Atualmente, a maioria dos autores concorda a respeito da importância de ambas as figuras parentais na criação dos filhos. Garbarino (citado por Benetti, 2001) afirmou que as necessidades afetivas das crianças, como amor,

afeto, cuidado, supervisão, brinquedo e aprendizagem, não são modificadas pelas mudanças sociais que ocorrem em uma sociedade. As crianças necessitam das figuras parentais presentes em sua realidade psicológica para estabelecer identificações amorosas com ambos os progenitores. Diante desta perspectiva, percebe-se que a imagem paterna pode contribuir, significativamente tanto na internalização de um filho quanto em outros aspectos que envolvam sua vida sócio-afetiva.

Pai na Hospitalização

Ao iniciar meu estágio na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de Porto Alegre, um aspecto que me chamou atenção, como referido anteriormente, foi a falta do nome do pai no prontuário da criança. Geralmente, as crianças recém-nascidas que ainda não foram registradas recebem o nome da mãe². Mas, e o nome do pai? Dificilmente este aparece, o que dificulta a aproximação da equipe de psicologia, pois não sabemos a quem nos referir. Resta-nos descobrir o nome do pai conversando com a mãe da criança ou com os familiares desta, quando presentes. Desta forma, fica uma questão: Qual a importância que o hospital e sua equipe estão dando ao envolvimento paterno na hospitalização de um filho?

Conforme discutido a respeito da experiência de hospitalização para a família, a doença de um filho é vivenciada como uma situação limite, difícil de enfrentar, pois quando a criança nasce os pais pensam somente na saúde para ela, e não na doença (Moura & Ribeiro, 2004).

² Exemplo: "RN de Maria".

As fantasias a respeito da criança, suas características e seu futuro, formam-se muito antes do seu nascimento, desde o momento em que os pais começam a pensar em ter filhos. Conforme Brazelton & Cramer (1992), o desejo de ter um filho envolve muitos aspectos e diferentes motivos. O projeto da gravidez está relacionado com desejos conscientes e inconscientes, sendo que três desejos são necessários: o do pai, o da mãe e de certa forma o do próprio bebê. Porém, cada casal tem sua história individual e seus impulsos próprios que lhe leva ao projeto de gerar um bebê. A criança imaginária de seus sonhos e fantasias representa os seus desejos. Kohut (citado por Brazelton & Cramer, 1992) diz que a criança fantasiada deve ser perfeita; deve realizar todos os potenciais que nos pais encontram-se adormecidos.

Os impulsos narcisistas, de acordo com Brazelton & Cramer (1992), alimentam o desejo de ter um filho, dentre os quais podemos incluir o desejo que a pessoa tem de conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou espelhar-se e o desejo de realizar os próprios ideais. O desejo de ter um filho inclui o desejo de ver refletidas nele as marcas da própria criatividade e da própria capacidade de criar e educar. Assim, projetam na criança sua onipotência imaginando que o futuro bebê poderá ter sucesso em campos em que eles mesmos fracassaram. Os pais costumam esperar dos filhos a realização de seus ideais e oportunidades perdidas, de forma que a criança esperada desempenhará uma série de compromissos e expectativas que eles não conseguiram realizar.

“A criança imaginária entroniza o ego-ideal dos pais. Será o símbolo da perfeição; dará continuidade à árdua busca pela onipotência” (Brazelton & Cramer, 1992, p. 16).

A doença de um filho, portanto, pode representar uma quebra com relação ao bebê imaginado. Isto é, uma quebra naquela imagem idealizada de um filho perfeito. Desta forma, o desejo de sentir-se completo e onipotente dos pais, gerando uma criança saudável, é abalado. Este abalo narcísico, além das questões desenvolvidas na primeira parte do trabalho, fazem com que a hospitalização de uma criança possa ser considerada um fator de crise na vida de uma família. Contudo, pesquisas têm demonstrado que cada vez mais a participação paterna durante esse período delicado na vida de uma criança pode ter efeitos positivos para a família como um todo.

Um estudo exploratório-descritivo realizado na Unidade Pediátrica de um hospital de Porto Alegre investigou e analisou as experiências e sentimentos do pai que cuida no hospital (Moura & Ribeiro, 2004). Foram entrevistados 10 participantes, com filhos de idades entre 1 mês e 4 anos, internados por mais de três dias. Todos os pais permaneciam no hospital por período igual ou superior ao que a mãe permanecia. As autoras afirmaram que, quando o pai ou a mãe participa deste momento de vida do filho, a criança se sente mais segura. De acordo com as autoras, a possibilidade dos pais de transmitir uma segurança equivalente à fornecida pela mãe na internação se devia ao fato de

que os pais que acompanham seus filhos hospitalizados eram capazes de desempenhar todas as atividades da vida diária da criança, além dos cuidados hospitalares, e tinham motivação para realizar tais cuidados.

Para Nascimento (1985), o relacionamento pai-filho não deveria ser afetado pela hospitalização. O pai deveria permanecer ao lado dos filhos no hospital. Esse autor sugere evidências a respeito de benefícios que crianças puderam ter na companhia de seus pais. Entre esses benefícios destacou: melhor adaptação ao ambiente hospitalar, melhor aceitação e resposta à terapêutica, recuperação mais rápida e conseqüentemente redução do tempo de permanência no hospital. Um estudo realizado por Nascimento (1985) sobre a participação dos pais na assistência à criança hospitalizada verificou que quanto ao aspecto do bem-estar da criança, quase todas as enfermeiras (95,2%) opinaram favoravelmente à participação de ambos os pais.

Conforme mencionado anteriormente, a privação materna na hospitalização pode causar prejuízo à criança. Da mesma forma, poderíamos entender que a privação paterna também poderia provocar ansiedade e medo na criança hospitalizada. Corneau (1989) afirma que filhos que não receberam uma “paternagem” adequada podem apresentar problemas na adolescência, como falta de limites, dificuldades em assumir valores morais e responsabilidades. Em vários estudos realizados com grupos de meninos nos Estados Unidos e na Noruega, verificou-se que é durante os dois primeiros anos de existência que os meninos têm mais necessidade do pai.

Com relação à importância do papel do pai, Muza (1998) afirmou que crianças que não desfrutam da presença do pai podem enfrentar problemas de identificação sexual, dificuldades de reconhecimento de limites e apreensão de regras de convivência social. Portanto, essa criança poderá ter dificuldade na internalização do pai simbólico, que representa a instância moral do indivíduo. Assim, a falta do pai poderia ocasionar dificuldade de exercer a autoridade na relação com o outro, bem como respeitá-la, e conseqüentemente, problemas no enfrentamento e superação de conflitos, e ausência de rigor. Isto facilitaria a possibilidade de envolvimento com delinquência, prostituição, drogadição e alcoolismo.

Em um estudo realizado na Pensilvânia, Estados Unidos, foram encontrados dados importantes com relação à criação de filhos sem a presença da figura paterna. Segundo Silveira (1998), entre esses achados observamos que 72% dos adolescentes assassinos cresceram sem pai; 60% dos estupradores cresceram sem seus pais; 70% dos delinqüentes juvenis em instituições cresceram com um só genitor ou sem família; crianças com a ausência do pai têm duas vezes mais possibilidades de repetir o ano escolar; 3 em cada quatro suicídios ocorrem onde o pai está ausente; 80% das crianças internadas em um hospital psiquiátrico em Nova Orleans são oriundas de lares sem pais. Embora os dados desta pesquisa tenham sido verificados em um país com uma realidade diferente do Brasil, a pesquisa pode ser significativa por constatar a importância da figura do pai na vida de um filho.

A presença do pai na criação de um filho é uma questão relevante a ser considerada. Essa questão também se aplica às situações de internação do seu filho. Um levantamento realizado na pediatria de um hospital público de São Paulo buscou verificar os possíveis efeitos da privação paterna em crianças internadas (Chiattonne, 2003b). Em crianças sem o acompanhamento paterno durante a hospitalização observaram-se efeitos como angústia, carência afetiva, sentimentos de vingança, culpa e depressão, distúrbios emocionais, sensação de abandono, personalidade instável, inapetência, perda de peso, falta de iniciativa/apatia, problemas de sono, diminuição da vocalização, depressão, apreensão, tristeza, atraso no desenvolvimento, regressão no processo de maturação psicoafetiva, comportamentos auto-eróticos, agressividades, ocorrência de infecções, manifestações psicossomáticas.

Entretanto, a presença paterna no hospital ainda é aceita com algumas restrições por alguns membros da equipe e outras mães (Moura & Ribeiro, 2004). Em razão da presença do pai junto ao filho na internação ser pouco freqüente, quando esse fato ocorre, ele causa certa admiração e surpresa. Além disso, pode-se observar um preconceito, tanto por parte da equipe quanto das mães de outras crianças do hospital, de que uma mãe cuidaria melhor do filho internado do que o pai. Esta idéia está de acordo com os modelos tradicionais de maternidade e paternidade abordados anteriormente, nos quais a mulher é a responsável pelos cuidados dos filhos e o pai é aquele que não

sabe dar banho, mudar a fralda, nem cuidar de seu filho. Além disso, o ambiente hospitalar é composto, na maioria das vezes, por mulheres, tanto mães de pacientes, quanto funcionárias da equipe de enfermagem. A presença de um homem neste ambiente pode causar estranheza ou até mesmo despertar sentimentos de afeto em algumas mães. Por essas razões, nem sempre os pais se sentem à vontade no ambiente hospitalar (Moura & Ribeiro, 2004).

Em pesquisa realizada com pais quanto à sua presença durante a internação dos filhos, alguns pais relataram que sua presença poderia causar inveja em algumas mães que não possuem a ajuda do companheiro no ambiente hospitalar (Moura & Ribeiro, 2004). Isto é, as mães viam outros pais acompanhando os filhos e não gostavam disso, pois seus companheiros não estavam presentes para ajudá-las. Os pais, por sua vez, se sentiam excluídos por essas mães. Além disso, alguns pais relataram que se sentiram subestimados em suas capacidades. As autoras também observam que os pais que acompanham o filho durante a internação, geralmente, são aqueles que participam dos cuidados dos filhos em casa e dividem as tarefas domésticas com suas companheiras.

Para Moura e Ribeiro (2004), a observação dos pais que cuidam de seus filhos no hospital não deixa dúvidas de que eles sabem como cuidar de seus filhos internados. Isso também foi verificado por mim durante o período de

estágio e será ilustrado, posteriormente no estudo de caso. As autoras também perceberam que na medida em que os pais se envolvem mais com os cuidados e o tratamento da criança, eles passam também a ter maior confiança na equipe de saúde. A equipe, da mesma forma, passa a considerar fundamental a participação dos pais no tratamento, assim, eles são vistos como tradutores da criança no mundo do hospital, apesar de nem todos os seus membros aceitarem a presença do pai.

A participação da figura paterna durante o processo de internação de um filho pode ser entendida com benéfica e positiva para a criança. Apesar de haver preconceito no ambiente hospitalar quanto à presença masculina, aos poucos os homens vem conquistando seu espaço e dividindo tarefas e cuidados com as mães. A motivação paterna para participar da internação do filho é um aspecto que deve ser compreendido e considerado pela equipe hospitalar. Outro estudo realizado com pais, afirma que eles apresentam cada vez mais vontade de participar da vida de seus filhos, de ser um novo pai, mais companheiro e menos opressor (Schneider citado por Moura & Ribeiro, 1997). Assim, seria interessante estimular a participação dos pais, dando orientação e atenção para estes. Os grupos de pais são uma fonte importante de troca de informações e funcionam como continente dos sentimentos dos pais em relação às dificuldades geradas pela hospitalização de seus filhos. Neste sentido, seria necessário que profissionais da saúde promovessem grupo de pais nos ambientes de hospitalização infantil, possibilitando um atendimento

especializado para pais e mães. Esta seria uma possível solução e um campo de atuação gratificante para o psicólogo hospitalar.

Estudo de Caso

L., sexo feminino, um ano e nove meses de idade foi internada para avaliação e tratamento, pois apresentava infecção respiratória. Durante a avaliação da paciente foi sugerida a possibilidade de realização de uma cirurgia (Gastrostomia³).

Motivo do encaminhamento do caso à Psicologia

Acompanhamento dos pais, que estão com muitas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e, principalmente, da mãe, que pode estar deprimida.

Histórico de L.

L. é uma criança com paralisia cerebral (PC), a qual se deu em decorrência de problemas perinatais. Segundo seus pais, a gravidez transcorreu bem, porém, durante o parto, houve asfixia grave do bebê e, em

³ Gastrostomia: Formação cirúrgica de fístula gástrica para a introdução de alimentos ou esvaziamento do estômago (Ferreira, 1986, p. 839).

razão disso, L. este esteve internada durante um mês na UTI neonatal em estado grave.

L. nasceu na trigésima segunda semana da gestação, através de uma cesariana de urgência. Durante o parto, além do problema da asfixia, L. apresentou hemorragia intracraniana, que ocasionou a paralisia cerebral. Desde então, a rotina de internações sucessivas é freqüente para a família. A mãe T., durante a gestação, precisou controlar a pressão arterial, pois é hipertensa. Mesmo assim, apesar de todos os cuidados durante a gravidez ela apresentou pré-eclâmpsica⁴ durante o trabalho de parto. T. não teve problemas na cesariana, no entanto, L. ficou com seqüelas irreversíveis.

L. sempre apresentou várias infecções respiratórias, como bronquiolites e pneumonias de repetição, pois seu sistema imunológico é comprometido, o que facilita a presença de infecções oportunistas. Ela tem como diagnóstico: crises convulsivas, pneumopatia⁵ crônica, disfunções respiratórias, microcefalia⁶ e, além disso, L. é deficiente visual.

Os pais relataram que os problemas ocorridos durante o nascimento de L. se deveram a um erro médico, pois o bebê já estava em sofrimento um dia antes da cesárea. Entretanto, após algumas entrevistas com a família, pude

⁴ Pré-eclâmpsia: doença que pode ocorrer na gravidez, podendo ou não levar a morte ou coma, tem como a pressão alta (Ferreira, 1986).

⁵ Pneumopatia: Qualquer doença pulmonar (Ferreira, 1986, p. 1350).

⁶ Microcefalia: qualidade de microcéfalo. Microcéfalo: aquele que tem cabeça muito pequena (Ferreira, 1986, p. 1130).

perceber que desde a gestação os pais já sabiam sobre a microcefalia da filha e sobre a importância dos cuidados da mãe com a pressão alta.

Não podemos concluir se houve ou não erro médico, entretanto, é importante considerarmos que a pré-eclâmpsia é uma doença que vem “atacar” o feto e, muitas vezes, compromete a vida da mãe. Portanto, devemos considerar a questão da culpa e do medo dos pais na adesão ao tratamento e às práticas médicas.

Pais de L.

O pai de L., G., tem trinta e sete anos. Não trabalha desde que L. nasceu, pois se comprometeu em cuidar da filha, que demanda muita atenção. Antes de cuidar de L., G. trabalhava com comércio. G. tem o segundo grau completo e é hígido, isto é, não possui nenhuma doença, sendo considerado saudável.

A mãe de L., T. tem trinta e quatro anos. Trabalha como secretária, porém possui formação superior. Pelo fato de T. ganhar mais que seu companheiro, ficou decidido que seria ele quem iria parar de trabalhar para ficar com a criança. A mãe de L. possui pressão alta (HAS).

Rede de apoio

A família materna era mais participativa nos cuidados com a criança, sendo que uma das tias ficava com L. quando era necessário. A família paterna, pelo fato da avó paterna estar doente, não acompanhava a internação da criança. Os avôs paternos, portanto, não costumavam visitar a neta. Já a avó materna fazia visitas à L. sempre que possível.

Dinâmica do caso

L. foi internada no hospital porque apresentava uma infecção respiratória. Devido à discussão do caso com a equipe médica e ao seu histórico de sucessivas infecções, é sugerido que L. realize uma cirurgia chamada gastrostomia. Essa cirurgia havia sido sugerida também em outro hospital infantil, onde L. foi atendida na maioria de suas crises. No entanto, os pais relataram que não sabiam o que era melhor para a filha.

Após três meses de internação, o pediatra responsável novamente falou aos pais sobre o procedimento cirúrgico. L. estava curada da infecção respiratória e pronta para realizar a cirurgia. Os pais estavam com muitas dúvidas. Durante o período de internação de L., era o pai quem passava a maior parte do tempo com a filha. Durante esse período, observei que o pai de

L. interagia com ela conversando, brincando, pegando-a no colo e acomodando ela quando chorava.

Os pais de L. não confiavam na equipe médica, pois achavam que a filha tinha problemas cerebrais devido ao erro médico na hora do parto. O casal teve momentos bastante difíceis durante a internação da filha. Havia muitas brigas, pois a mãe trabalhava e achava que o marido tinha a obrigação de ficar com L., já que ele não trabalhava e não fazia nada além de cuidar da filha. No entanto, G. cuidava da filha há dois anos nesta rotina de internações. O casal relatava que o fato de L. precisar ser internada com frequência devido às crises respiratórias criava uma rotina de permanência dentro dos hospitais e, com isso, a vida do casal era abalada.

Em um momento de crise, o casal chegou a brigar no corredor do hospital. O pai ficou agressivo e empurrou sua esposa. A equipe psiquiátrica foi chamada pela equipe de enfermagem. G. foi encaminhado para internação em outro hospital. Sua esposa (T.), neste dia, relatou para a psiquiatra que já havia tido pensamentos suicidas.

A insegurança dos pais quanto à cirurgia de L. e a desconfiança quanto a um tratamento adequado eram tão grandes que eles chegavam a ameaçar a equipe médica com um processo, alegando que L. não estava sendo bem tratada. Devido a esse fato, o pediatra responsável pelo caso decidiu realizar

uma reunião com os pais e o Comitê de Ética do Hospital para esclarecer sobre o atendimento que estava sendo dado a L. no hospital e sobre a cirurgia. Isso, normalmente, não ocorre, mas foi uma medida adotada pelo pediatra para acalmar os pais. A reunião foi esclarecedora para os pais. As equipes pediátrica e cirúrgica presentes puderam tirar todas as dúvidas que os pais tinham com relação ao procedimento cirúrgico e pós-cirúrgico. Foi decidida pelos pais a realização da cirurgia.

A cirurgia de L. transcorreu bem. Após a cirurgia, L. teve uma boa recuperação. Os pais se empenharam com os cuidados e aprenderam rapidamente como realizar e higienizar o curativo, que sempre fica aberto, porém protegido. Com os cuidados adequados, L. se recuperou adequadamente e o pediatra já começava a preparar os pais de L. para a sua alta.

A alta de L. foi preparada com ansiedade pelos pais que estavam contentes com o retorno da filha ao lar. Além disso, a cirurgia de L. havia sido um sucesso e a possibilidade de a menina apresentar novas infecções diminuiria. Assim, diminuiriam também as chances dela precisar ser internada novamente. Isso significava para os pais uma nova rotina, na qual a família teria mais convívio. Os pais de L. organizaram a casa para recebê-la. Novamente, quem ficaria encarregado de passar a maior parte do tempo com L. em casa seria o pai.

Após dois meses sem intercorrências, contudo, L é novamente internada por crise respiratória. Os pais sabiam que a cirurgia não solucionaria esse problema, mas afirmaram que a cirurgia havia melhorado a vida de L. O pai afirmou que L. nunca havia permanecido tanto tempo em casa. Foram dois meses seguidos sem internações.

Nesta internação de L. ocorreu um acontecimento diferente. Enquanto a mãe cuidava de L. junto com o pai, ela pegou no sono. O pai conta que estava olhando para a filha quando teve uma sensação de que ela não estava bem. Pediu para chamar a equipe de plantão e os médicos se surpreenderam, pois L. estava com a taxa de glicose muito acima do limite, prestes a entrar em coma. Após esse fato, L. foi levada imediatamente para a UTI Pediátrica. O estado de L. era grave. Os residentes, surpreendidos com o fato, afirmaram que se o pai de L. não tivesse percebido logo que algo estava errado com a filha ela poderia ter ido a óbito.

Situação de hospitalização e paternidade

O caso de L. inspirava muitos cuidados por ela ser um bebê que possui uma imunidade menor que as crianças de sua faixa etária. Cientes disso, os pais cercavam a filha de cuidados e tinham uma grande dificuldade para confiar nos médicos, pois, para eles, a filha havia nascido com problemas devido a um erro médico.

Apesar das dificuldades e do cansaço constante que a situação de internação de L. exigia, o pai sempre conversava com a filha, fazia a sua higiene, ajudava na administração dos remédios e cuidados e se interessava em aprender os procedimentos. O pai de L. era uma pessoa carinhosa com a filha, brincava com ela e, na maioria das vezes, estava de bom humor. G. tinha uma forma própria de se comunicar com L.. Ele referia saber, pela forma de gemer de sua filha, aquilo que ela estava pedindo que o pai fizesse. G. se relacionava bem com a equipe de enfermagem, solicitava ajuda quando precisava e também conversava e aconselhava outros pais da internação.

Uma das situações que mais chamou minha atenção foi quando havia um jogo da Seleção Brasileira de Futebol na televisão e G. aprontou sua filha para que eles pudessem acompanhar o jogo juntos. G. colocou L. no berço com a cabeceira levantada e se sentou ao seu lado para assistir o jogo. Os mais incrédulos diriam que essa atitude de nada serviria, pois L. é uma criança com paralisia cerebral e com deficiência visual. Eu diria que o amor daquele pai não via barreiras, seu toque e seu afeto pela filha superavam as dificuldades e eram uma motivação maior para estarem juntos naquele momento.

A partir do caso de L. podemos verificar uma situação de internação prolongada de um filho em uma unidade pediátrica que é marcada pela presença constante do pai. O pai de L. tinha um bom relacionamento com a

filha e interagia com ela de uma maneira própria, pois acreditava que entendia sua filha. Ele procurava dar atenção a L. e tratava a filha de forma afetuosa. Conversava com ela normalmente, como se ela pudesse entender o que ele dizia. O pai também comentava que entendia o que a filha precisava reconhecendo o tipo de choro dela. O pai tratava L. como um bebê normal, apesar de compreender as limitações da filha. Brincava com ela, a pegava no colo e conseguia acalmar L. quando ela chorava ou sentia alguma dor ou desconforto.

O pai administrava, adequadamente, os cuidados de higiene e limpeza do curativo da filha no período pós-cirúrgico. Ele tinha interesse em aprender a trocar o curativo e tinha muita atenção com os horários da medicação. Observamos que, no caso relatado, o pai tinha sensibilidade para perceber que estava acontecendo alguma coisa errada com a filha, pois quando ocorreu a situação de pré-coma ele prontamente percebeu que sua filha não estava bem e pediu ajuda para a equipe.

O caso L. ilustra o envolvimento paterno na situação de internação de um filho. G. mostrou que os pais podem assumir cuidados importantes com o filho enfermo, interagir com seu filho e procurar aprender como podem ajudá-lo de maneira mais adequada. Esse caso também demonstra que a participação do pai na internação infantil pode ser benéfica para a criança e, além disso, que muitos pais são capazes de cuidar tão bem de seus filhos quanto às mães.

Conclusão

A proposta deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre como a figura paterna vivencia a experiência de hospitalização de um filho. Este tema foi construído a partir de um estágio realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA onde, através da prática e do dia-a-dia do Serviço de Psicologia na Unidade de Internação Pediátrica, foi possível observar a presença de alguns pais como acompanhantes e cuidadores de seus filhos internados.

A rotina em um hospital é marcada pela convivência direta com a dor, o sofrimento humano e a questão da morte. A experiência de ter um filho doente é um fato que gera muita angústia para a família. Consideramos que o adoecimento e hospitalização de uma criança são eventos potencialmente estressores para seus familiares, bem como são geradores de muita angústia para a própria criança. A hospitalização pode ser um evento traumático para a criança, porque ela é retirada de seu lar, precisa se adequar à instituição e entra em contato com procedimentos que podem causar dor. Os autores pesquisados (Chiattonne, 2003; Spitz 1980; Guimarães, 1988) concordam que a

hospitalização pode trazer algumas repercussões negativas para a criança, como sensação de abandono, de culpa e punição, limitação de atividades, depressão e outros distúrbios emocionais, comportamento agressivo, aparecimento ou intensificação do sofrimento físico e despersonalização.

Uma vez que, embora possa trazer conseqüências danosas, muitas vezes internação hospitalar é necessária para a preservação da vida da criança, consideramos fundamental pensar em maneiras de proteger ao máximo possível o desenvolvimento infantil neste ambiente. A partir disso, entendemos que a presença do pai durante a hospitalização do filho poderia trazer benefícios para esta criança. Isto porque, conforme a literatura revisada, a permanência do pai junto ao filho pode permitir que a criança se sinta mais confiante e segura neste ambiente desconhecido para ela.

Acreditamos que a figura paterna pode ter uma função importante durante a hospitalização de seu filho. O apoio familiar é um elemento fundamental para a recuperação da criança, pois é capaz de fortalecer seus laços com a vida. Assim como a mãe, o pai pode ter o potencial de transmitir afeto e bem-estar, além de resgatar a identidade de seu filho. Isso foi verificado no estudo de caso relatado, pois o pai de L. permanecia com ela a maior parte do tempo, administrava os cuidados de higiene da filha, brincava e se comunicava com ela, referindo compreender as necessidades da filha através do tipo de choro dela. Brazelton & Cramer (1992) atestaram a possibilidades

dessa relação pai-filha, afirmando que o pai exerce influencia direta sobre o desenvolvimento dos filhos e que existe um apego entre o pai e a criança desde a primeira infância.

Através do levantamento de pesquisas relatado neste trabalho verifica-se que a falta do pai pode não somente provocar sofrimento e ansiedade na criança hospitalizada, mas também afetar o curso do seu desenvolvimento (Corneau, 1989). É importante considerar que, fora do ambiente hospitalar crianças que não desfrutam da presença paterna podem enfrentar problemas como dificuldades de reconhecimento de limites e apreensão de regras de convivência social (Muza, 1998).

Considerando a importância da participação paterna na hospitalização, é fundamental que a equipe hospitalar possa entender e acolher esse pai de maneira adequada. A participação do pai na internação infantil deve ser estimulada pelas equipes, em especial pela equipe de enfermagem, pois esta é a equipe que tem mais convívio com pais e filhos. Outra contribuição que favoreceria a relação pai e filho em situação de internação seria a criação e organização de grupos de discussão para pais. Esses grupos funcionariam como local para trocas de informações, orientações e como continente dos sentimentos, temores e angústias.

A participação paterna em situações de hospitalização de um filho é um assunto polêmico, pois enquanto alguns autores afirmam que a presença do pai é benéfica no ambiente hospitalar, outros autores destacam a existência de um preconceito por parte das equipes de saúde e das mães de outras crianças internadas com relação à presença do pai na internação. Nem sempre um pai é bem visto dentro de uma unidade de internação, por este ser um ambiente predominantemente feminino (Moura & Ribeiro, 2004).

Tendo em vista os aspectos mencionados neste trabalho, urge que se investigue mais a respeito da participação do pai na internação de seu filho, a fim de compreender esta experiência e sua repercussão para a criança e sua família. Seria interessante – e, de certa forma, necessário – realizar uma pesquisa de campo com pais para que pudéssemos ampliar o entendimento da relação pai-filho em situações de internação. Isso auxiliaria o trabalho das equipes de saúde, pois traria sugestões para facilitar a relação pai-filho em situações de internação e crise, promovendo o bem-estar da criança e, assim, e auxiliando a sua recuperação.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada neste trabalho, a presença paterna na internação infantil pode estar relacionada a um bom prognóstico para o tratamento e a recuperação da criança. É necessário, contudo, que o pai cuidador tenha habilidade e, principalmente, carinho e

motivação para se responsabilizar pelo acompanhamento de seu filho em uma situação potencialmente tão dolorosa.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. & Salas, E. J. (1984) *A paternidade: um enfoque psicanalítico*.

Porto Alegre: Artes Médicas.

Almeida, A. M. (1987). *Pensando na família no Brasil: da colônia a modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ.

Bell, D. H. (1992). A formação do apego no pai. Em T. B. Brazelton & B. G. Cramer. *As primeiras relações*. (pp. 39-50). São Paulo: Martins Fontes.

Benetti, S. (2001). O papel paterno na família japonesa – uma questão de presença física ou psicológica? *Revista Psico*, 32(1), 97-113.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

- Burdon, B. (1998). Envolvendo os homens na vida familiar: se eles podem fazê-lo, por que não o fazem? Em P. Silveira (Org.). *O exercício da paternidade*. (pp. 80-90). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caplan, G. (1999/2003). A família vem ao hospital com seu papel no adoecer psíquico. Em B. W. Romano. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. (pp.71-77). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chiattonne, H (2003a). A criança e a hospitalização. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), (2003). *A psicologia no hospital*. (pp. 23-99). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Chiattonne, H (2003b). A criança e a morte. Em V. A. Angerami-Camon, V. A. (Org.), *E a psicologia entrou no hospital...* (pp. 69-141). São Paulo: Pioneira Thomson Learning (Original em 1996).
- Corneau, G. (1989). *Pai ausente, filho carente*. São Paulo: Brasiliense.
- Dias, S. M. Z. (2001). *Participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada: vivências de enfermeiras*. Dissertação de mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre.

- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Gonçalves, M. de O. (2001). Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (1), 30-41.
- Guimarães, S. S. (1988). A hospitalização na infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4(2), 85-186.
- Horta, V. M. A. (1982). A criança e o perigo da morte. *Jornal de Pediatria*, 52(5), 357-359.
- Klaus, M. & Klaus, P. (1989). *O surpreendente recém-nascido*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Kohut (1992). A pré-história do apego. Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Knobel, M. (2003). Orientação familiar. São Paulo: Papyrus. Em V. A. Angerami-Camon (Org.) *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Original publicado em 1996).

Lebovici, S. (1987) *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Leske; Cohen & Craft; Halm & cols. (2003). A família vem ao hospital com seu papel no processo do adoecer. Em B. W. Romano. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. (pp. 71-73). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1999).

Ministério da Saúde (1991). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. São Leopoldo: Unisinos.

Moura, E. V. & Ribeiro, N. R. R. (2004) O pai no contexto hospitalar infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25 (3), 386-395.

Muza, G. M. Da proteção generosa à vítima do vazio. Em P. Silveira. (1998). *O exercício da paternidade*. (pp. 143-150), Porto Alegre: Artes Médicas.

Nascimento, M. J. P. (1985). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada – opinião das enfermeiras do Recife. *Revista Paulista de Enfermagem*, 5 (3), 119-126.

Neubauer (1989). Efeitos recíprocos da “paternagem” sobre o genitor e a criança. Em Fogel, Lane & Liebert e cols. *Psicologia masculina: novas perspectivas psicanalíticas*. (pp. 191-214). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ortiz, M. R. L., Pacheco, A., Martins, M. H., Mafezzoni, R. T., Machado, A. R., Gazal, C., Almeida, G., Souto, M. B., Carvalho, P. R. A. (1993). Experiência com grupo de pais em UTI Pediátrica. *Jornal de Pediatria*, 69(5), 307-309.

Ortiz, M. R. L. (1997). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Em R. B. Ceccim & P. R. Carvalho (Orgs.) *A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família*. (pp.72-75). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Ramires, V. R. R. (1997) *O exercício da paternidade hoje*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Rolland, J. S. (1998). Ajudando famílias com perdas antecipadas. Em F. Walsh & M. McGoldrick. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Romano, B. W. (2003) *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silveira, P. (1998). *O exercício da paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Spitz, R. A. (1980) *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico de desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes.

Steele, S. (1991). A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 25 (2), 153–168.

Veríssimo, M. de La O. R (1991). A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 25 (2), 153-168.