

**PATERNIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE:
DA INTERNAÇÃO DO BEBÊ AO 3º MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Fernanda Borges de Medeiros

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia sob orientação do Prof. Cesar Augusto Piccinini, PhD

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, maio de 2012**

AGRADECIMENTOS

Um longo percurso até chegar nesse momento de agradecer... Nesse caminho, muitos aprendizados, mas também desafios... Um deles: ‘entrar’ em um mundo novo para mim, o mundo particular da UTI de bebês. De um lado, o desamparo de bebês tão pequenos, de suas mães, seus pais, avós... De outro, o início da vida de um bebê, de sua história e de suas primeiras relações. Belos encontros pude presenciar. Isso me fazia entender os motivos de eu estar ali. Sou muito grata pela oportunidade de ter aprendido tanto... com as experiências, histórias... e por todo o crescimento que o mestrado pode me proporcionar. Nesses dois anos, muitas pessoas me ajudaram... Algumas merecem um agradecimento especial por terem sido fundamentais para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço aos participantes deste estudo. Sem eles, não seria possível essa dissertação. Obrigada por abrirem um ‘espaço’ para falar sobre suas experiências como pais, mesmo quando as palavras por vezes não conseguiam dar conta de expressar tantas emoções. Sei o quanto deve ter sido difícil encontrar um lugar para mais uma tarefa entre tantas outras.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Cesar Augusto Piccinini. Sem ti, essa dissertação também não aconteceria. Obrigada por me orientar nas diversas etapas deste estudo, pela leitura cuidadosa e pelo incentivo. Em especial, obrigada pela generosidade, humildade, ética e exigência, que me possibilitaram aprender para a ‘vida’.

Às professoras da minha banca examinadora, Daniela Centenaro Levandowski, Tânia Mara Sperb e Vera Regina Röhnelt Ramires. Obrigada pelas sugestões e valiosas contribuições que possibilitaram enriquecer esse estudo. Em especial, à relatora deste trabalho, Tânia, minha professora também na graduação, pela competência e dedicação, que contribuíram para o meu desejo de seguir estudando, aprendendo...

Às colegas do Núcleo de Infância e Família - NUDIF/UFRGS, agradeço pela inspiração e pela parceria. Em especial, agradeço às colegas e aos bolsistas do projeto PREPAR, pelo auxílio e apoio nesses dois anos de trabalho.

Aos colegas do Mestrado, em especial a Viviane Ribeiro Goulart, que se tornou uma grande amiga. Obrigada pelo sorriso, pela torcida e pelo carinho, que sempre me ajudaram muito.

Às equipes do Grupo Hospitalar Conceição, Fêmina e Hospital da Criança, e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, que possibilitaram o acesso aos participantes, viabilizando o trabalho.

E, por fim, às pessoas mais especiais da minha vida: minha mãe, meu pai e meus irmãos. Obrigada pelo amor incondicional de vocês, pela presença constante e por estarem sempre me apoiando em todos os momentos da minha vida.

“Certamente algo acontece às pessoas quando elas são confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. É terrível deixar um bebê à porta de vocês, pois as suas reações ao desamparo do bebê modificam a sua vida e talvez atrapalhem os planos que tenham feito. Isto é bastante óbvio, mas precisa ser revisto no que se refere à dependência, pois embora o bebê seja indefeso num certo sentido, em outro é possível dizer que um bebê tem um enorme potencial para continuar a viver, para desenvolver-se e para realizar o seu potencial. Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos”

(Donald W. Winnicott, 1968)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUÇÃO	10
1.1 Apresentação.....	10
1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais do nascimento pré-termo	10
1.3 Impacto do nascimento pré-termo para o desenvolvimento do bebê	16
1.4 As relações iniciais no contexto da prematuridade	24
1.5 Paternidade no contexto da prematuridade	27
1.6 Justificativa e Objetivos.....	40
CAPÍTULO II.....	43
MÉTODO	43
2.1 Participantes	43
2.2 Delineamento e Procedimento	44
2.3 Instrumentos.....	46
2.4 Considerações éticas.....	48
CAPÍTULO III.....	Erro! Indicador não definido.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
Caso 1: Gabriel, Mariana e Ana Beatriz.....	Erro! Indicador não definido.
Apresentação do caso	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca da filha.....	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representação do pai acerca da filha	Erro! Indicador não definido.
Relação pai-filha	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre a relação pai-filha.....	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca da família de origem.....	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca da família de origem	Erro! Indicador não definido.
Síntese dos Resultados do Caso 1	Erro! Indicador não definido.
Caso 2: Paulo, Verônica e Valentina.....	Erro! Indicador não definido.

Apresentação do caso	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
não definido.	
Representações do pai acerca da filha	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca da filha...	Erro! Indicador não definido.
Relação pai-filha	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre relação pai-filha	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca da família de origem.....	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca da família de origem	Erro! Indicador não definido.
não definido.	
Síntese dos Resultados do Caso 2	Erro! Indicador não definido.
Caso 3: João, Heloisa e Carolina	Erro! Indicador não definido.
Apresentação do caso	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca de si mesmo como pai	Erro! Indicador não definido.
não definido.	
Representações do pai acerca da filha	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca da filha...	Erro! Indicador não definido.
Relação pai-filha	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre a relação pai-filha.....	Erro! Indicador não definido.
Representações do pai acerca da família de origem.....	Erro! Indicador não definido.
Síntese sobre as representações do pai acerca da família de origem	Erro! Indicador não definido.
não definido.	
Síntese dos Resultados do Caso 3	Erro! Indicador não definido.
CAPÍTULO IV	145
DISCUSSÃO GERAL	145
Considerações Finais	155
REFERÊNCIAS.....	156
ANEXO A	163
ANEXO B	164
ANEXO C	166
ANEXO D	167
ANEXO E.....	168
ANEXO F.....	170

ANEXO G	172
ANEXO H.....	174
ANEXO I.....	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pais e características clínicas dos bebês ao nascer.....	44
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

RESUMO

O presente estudo investigou a experiência da paternidade no contexto da prematuridade desde o nascimento e internação do bebê em unidade de tratamento intensivo neonatal (UTINeo) até o 3º mês após a sua alta hospitalar. Buscou ainda investigar retrospectivamente as expectativas e sentimentos do pai durante a gestação. Participaram três pais de bebês nascidos pré-termo, com idades entre 27 e 45 anos e que residiam com a mãe do bebê. Dois participantes estavam sendo pais pela primeira vez, e um deles estava tendo um terceiro filho. Os bebês apresentavam diferentes características clínicas ao nascer, incluindo um bebê nascido extremamente pré-termo e com extremo baixo peso, um bebê nascido muito pré-termo e com muito baixo peso e um bebê nascido moderadamente pré-termo e com baixo peso. Foi utilizado um delineamento longitudinal de estudo de caso coletivo, envolvendo entrevistas durante a internação do bebê e no 3º mês após a alta hospitalar. Os relatos dos participantes sobre a paternidade foram examinados através de análise qualitativa com base em quatro categorias derivadas da literatura e dos dados: representações acerca de si mesmo como pai, representações acerca da filha, relação pai-filha e representações acerca da família de origem. Os resultados revelaram o sofrimento dos pais relacionado à condição de vulnerabilidade do bebê nascido pré-termo e aos riscos envolvidos na situação de pré-eclâmpsia, particularmente entre os pais cujas filhas apresentaram menor peso e tempo gestacional. Os relatos sobre a gestação e parto também revelaram intensas ansiedades, com destaque para o sentimento de impotência e as preocupações referentes à saúde, sobrevivência e condição emocional da esposa. Após o parto, apesar dos temores sobre o futuro da criança, os participantes, em maior ou menor grau, mostraram-se bastante dedicados e atenciosos como pais, especialmente, durante os primeiros dias de vida de suas filhas, incluindo as visitas frequentes ao bebê, a relação pai-filha e o apoio emocional à esposa. Três meses após a alta do bebê, os relatos paternos evidenciaram o quanto as filhas, embora saudáveis, ainda eram percebidas como bebês bastante vulneráveis, desencadeando uma série de cuidados e, conseqüentemente, tendo importantes repercussões em suas vidas. Juntos, os achados do presente estudo sugerem a importância das maternidades, UTINeos e profissionais contemplarem a complexidade da situação do nascimento prematuro bem como as particularidades de cada caso. Além disso, destaca a necessidade de se oferecer intervenções psicológicas não só para as mães, mas também aos pais dos bebês nascidos pré-termo.

Palavras-chave: Paternidade; nascimento pré-termo; relação pai-criança.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the transition to fatherhood in a context of preterm birth since the hospitalization in neonatal intensive care unit (NICU) up to three months after discharge. Retrospectively, this study also has the objective to investigate the father's expectations and feelings during pregnancy. Three fathers of preterm born children, aged from 27 to 45, living with the babies' mothers participated on this study. Two participants were first-time fathers, and one of them had two other children. The babies had different clinical characteristics at birth, including one extremely preterm infant with extremely-low-birth-weight, one very preterm infant with very low-weight and another one moderately preterm with low-birth-weight. A collective-case study design was developed involving fathers interviews during the baby hospital stay and in the third month post-discharge. The reports from participants about fatherhood were examined through qualitative analysis based on four categories derived from the literature and data: representations about himself-as-father, representations about the infant, father-infant relationship and representations on the family of origin. The results demonstrated the suffering of fathers related to the condition of the preterm infant vulnerability and the risks involved in the situation of pre-eclampsia, particularly among fathers whose infants had lower birth weight and shorter gestational time. Reports on pregnancy and childbirth also revealed intense anxieties, emphasizing helplessness feelings and concerns with the wife's health, survival and emotional condition. After delivery, despite fears about the child's future, participants, to a greater or lesser degree, were very dedicated and caring as parents, especially during the first days of life of their infants, including frequent visits to the baby, the father-infant relationship and the emotional support to the wife. Three months after discharge, parental reports showed how the infants, although healthy, were still perceived as very vulnerable babies, triggering a series of care and, therefore, having important repercussions in their lives. Altogether, the findings of this study suggest the importance of contemplating the complexity of the situation of premature birth as the particularities of each case. Furthermore, the need of providing psychological interventions not only to mothers but also to child born preterm fathers should be emphasized.

Keywords: Fatherhood; preterm birth; father-infant relations.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Pesquisadores de diversas áreas do conhecimento têm investigado a prematuridade devido ao impacto desta situação tanto para o desenvolvimento infantil, como para as relações iniciais mãe-pai-bebê. Entretanto, a maioria dos estudos tem destacado mais a relação mãe-bebê e a experiência da maternidade, enquanto um número mais reduzido de estudos tem focado a repercussão da prematuridade para os pais¹. No Brasil, esta temática é ainda menos estudada, particularmente na Psicologia.

Considerando estes aspectos, o presente estudo teve o objetivo de investigar a experiência da paternidade no contexto da prematuridade desde a internação do bebê em unidade de tratamento intensivo neonatal (UTINeo) até o 3º mês após a sua alta hospitalar. Inicialmente, serão descritas as características e particularidades do nascimento pré-termo, enfatizando os aspectos epidemiológicos, clínicos e psicossociais. Posteriormente, examina-se o impacto do nascimento pré-termo para o desenvolvimento infantil e para as relações iniciais pai-bebê e mãe-bebê. E, por fim, revisam-se os achados de estudos sobre a experiência da paternidade no contexto da prematuridade, com destaque para a internação em UTINeo e o período após a alta hospitalar.

1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais do nascimento pré-termo

O nascimento pré-termo é definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação e, atualmente, tem sido considerado um dos problemas de saúde perinatal mais relevantes em todo mundo (Beck et al., 2010). Está associado tanto à mortalidade neonatal (Bercini, 1994; Ministério da Saúde, 2006; Ramos, Martins-Costa, Valério, & Müller, 2011), como a diversas complicações clínicas, resultando tanto em custos financeiros para os serviços de saúde, como em risco para prejuízos neurológicos e outras incapacidades do bebê (Beck et al., 2010; Ramos et al., 2011; Tucker & McGuire, 2004).

¹ Embora em português o termo pais refira-se tanto ao pai como à mãe, no presente estudo, o termo será utilizado, exclusivamente, para se referir ao pai, enquanto os termos pai(s) e mãe(s) serão utilizados quando se estiver fazendo referência a ambos.

Na verdade, trata-se de um problema de saúde prevalente em todo mundo, sendo mais frequente nos países em desenvolvimento. A revisão sistemática realizada por Beck et al. (2010) estima que, em 2005, ocorreram no mundo 12,9 milhões de nascimentos pré-termo (9,6%), sendo que cerca de 85% (10,9 milhões) concentraram-se na África e Ásia (31% e 54%, respectivamente). Além disso, as estimativas apontam a menor taxa de nascimentos pré-termo na Europa (6,2%); e as maiores taxas na África (11,9%) e na América do Norte² (10,6%). Em algumas regiões dos países menos desenvolvidos a incidência pode estar subestimada pela limitação dos procedimentos diagnósticos e de registro. Por exemplo, no caso da África, América Latina e Caribe, a cobertura de dados equivale a menos de 80% dos partos (Beck et al., 2010).

Seguindo a tendência mundial das últimas décadas, no Brasil também houve um aumento significativo da prevalência de nascimentos pré-termo. Uma revisão de estudos de base populacional indicou tendência de crescimento da prevalência de prematuridade, que variou de 3,4% a 15% na região Sul e Sudeste entre 1978 e 2004 (Silveira et al., 2008). De forma similar, um estudo epidemiológico recente realizado na cidade de Pelotas (Barros et al., 2005), identificou aumento de nascimentos pré-termo de 6.3% para 16.2% entre os anos de 1982 e 2004.

Todavia, dados oficiais obtidos através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) não apontam nesta mesma direção (Ministério da Saúde, 2006). Este sistema foi implantado em 1990, tendo como objetivo produzir informações sobre os nascimentos no país que possibilitem análises epidemiológicas e demográficas. Em relação às taxas de prematuridade no Brasil, o SINASC apontou resultados diferentes em 2004: 6,5%, no Brasil e 7,3%, na Região Sul. Mesmo com a melhora da cobertura e qualidade das informações do SINASC nos últimos anos, alguns autores questionam a confiabilidade das informações do SINASC, já que ainda existem problemas na coleta de dados nos hospitais, o que compromete a qualidade dos indicadores (Silva, Ribeiro, Borba Júnior, Coimbra, & Silva, 2001; Silveira et al., 2008; Silveira, Santos, Matijasevich, Malta, & Duarte, 2009). Por exemplo, Silva et al. (2001), em uma avaliação da qualidade dos dados do SINASC nos anos de 1997-1998, identificou que algumas informações são confiáveis, como o baixo peso ao nascer, enquanto outras têm sido ignoradas ou não informadas. De forma semelhante, ao analisar os dados do SINASC entre 1994 e 2005, Silveira et al. (2009) ainda evidenciaram problemas com a acurácia da idade gestacional, que poderiam justificar a subnotificação de recém-nascidos pré-termo. Assim, é provável que as taxas de prematuridade calculadas pelo SINASC estejam subestimadas, o que explica o fato de

² É importante ressaltar que os autores excluíram o México, que foi incluído na América Latina.

os dados obtidos através deste sistema do Ministério da Saúde não serem corroborados por diversos estudos brasileiros.

No contexto do nascimento pré-termo, algumas características clínicas são fundamentais para fins de diagnóstico do bebê e seu prognóstico. No nascimento, os bebês são classificados levando em consideração o tempo gestacional e o peso. Em relação ao tempo gestacional, os bebês nascidos com 32-33 semanas de gestação são definidos como “moderadamente pré-termo” (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008); com menos de 32 semanas de gestação, “muito pré-termo”; e menos de 28 semanas de gestação, “extremamente pré-termo” (Tucker & McGuire, 2004). Segundo o estudo de Goldenberg et al. (2008), a maioria dos bebês pré-termo (60%) nasce entre 34 e 36 semanas de gestação. Em torno de 20% dos bebês pré-termo nasce entre 32 e 33 semanas de gestação; 15%, entre 28 e 31; e um número menor (5%), com menos de 28.

Já em relação ao peso ao nascer, recém-nascidos com peso inferior a 2.500g são classificados como de “baixo peso” (BP); os com peso inferior a 1.500g, de “muito baixo peso” (MBP); e aqueles com peso inferior a 1.000g, de “extremo baixo peso³” (EBP) (Ramos et al., 2011; Tucker & McGuire, 2004). Na avaliação dos bebês pré-termo, também é considerada a relação entre peso e idade gestacional. Por exemplo, alguns bebês pré-termo podem nascer “pequenos para a idade gestacional” (PIG) - o que corresponde ao peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional ao nascer, - o que pode estar relacionado à restrição do crescimento intrauterino (Tucker & McGuire, 2004).

Cabe destacar que o nascimento pré-termo é uma das principais causas do baixo peso ao nascer (Bercini, 1994; Tucker & McGuire, 2004), sendo responsável por cerca de 2/3 dos bebês nascidos de baixo peso (Tucker & McGuire, 2004). No caso do Brasil, a maioria dos bebês nascidos de baixo peso (51,2%) também decorre de partos pré-termo (DATASUS, 2005). Embora a prematuridade seja uma das causas de nascimentos de bebês de baixo peso, é importante salientar que o conceito de prematuridade associado ao peso não é utilizado para definir se um bebê é ou não pré-termo, mas tem sido um conceito útil para estudar as taxas de mortalidade e sobrevida destes bebês e, também, para comparar condutas terapêuticas entre as instituições (Ramos et al., 2011).

Em relação às causas de nascimento pré-termo, ainda não há clareza em todos os casos. Embora não seja identificável em grande parte dos partos pré-termo (Ramos et al., 2011; Tucker & McGuire, 2004), vários fatores de risco têm sido associados à prematuridade, incluindo

³ A literatura nacional e internacional utiliza predominantemente o termo “extremo baixo peso” para referir-se aos bebês nascidos com peso inferior a 1.000g. Sendo assim, opta-se pelo uso deste termo independentemente da opção dos autores citados para fins de clareza do texto.

inúmeras características materno-gestacionais, complicações fetais e mudanças nas intervenções obstétricas. Considerando as taxas crescentes de nascimento pré-termo e seu impacto para a saúde e desenvolvimento do bebê, o que será discutido mais adiante, é de extrema relevância o entendimento da etiologia do nascimento pré-termo.

Antes de se discutir os fatores que têm contribuído para o aumento da prevalência de nascimentos pré-termo em todo mundo, é importante ressaltar que os partos pré-termo podem iniciar espontaneamente ou ser induzidos (Goldenberg et al., 2008). Quanto aos espontâneos, podem ocorrer devido à ruptura prematura de membranas ou ser precedidos pelo trabalho de parto prematuro. No caso dos partos induzidos, são indicados em função de alguma condição materna ou fetal, podendo ser prescrita cesariana, sem o trabalho de parto, ou ser iniciado com medicamentos. De acordo com Ramos et al. (2011), dentre os motivos para indução, encontram-se os casos em que a manutenção do feto dentro do útero impõe risco à vida da mãe ou do próprio bebê. Em torno de 15-25% dos nascimentos pré-termo decorrem de complicações fetais e maternas, como a restrição do crescimento intrauterino e a hipertensão materna durante a gestação (Goldenberg et al., 2008; Tucker & McGuire, 2004).

Dentre as inúmeras causas associadas ao nascimento pré-termo, algumas características sociodemográficas maternas têm sido apontadas: baixo nível socioeconômico; etnia negra (Goldenberg et al., 2008; Tucker & McGuire, 2004); idade materna <20 ou >35 anos (Kilsztajn, Rossbach, Carmo, & Sugahara, 2003; Ramos et al., 2011; Schempf, Branum, Lukacs, & Schoendorf, 2007); baixa escolaridade (Goldenberg et al., 2008; Kilsztajn et al., 2003); e ser solteira (Goldenberg et al., 2008; Kilsztajn et al., 2003). Mais especificamente, no Brasil, o estudo de Kilsztajn et al. (2003) demonstrou também que a ordem de nascimento do filho (primeiro ou quarto e mais filhos) somada a outros fatores aumentava o risco de prematuridade. Igualmente, em nível internacional, o estudo de Schempf et al. (2007) mostrou que a idade materna é um importante fator de risco, sendo que as adolescentes, em particular, as multíparas e as mulheres primíparas com idade acima de 35 anos têm risco aumentado de prematuridade.

Além das características sociodemográficas maternas descritas acima, fatores sociodemográficos paternos também têm sido investigados. Um estudo epidemiológico de base populacional ($n= 21,712$) na cidade da Califórnia entre 1999 e 2005 (Blumenshine, Egerter, Libet, & Braveman, 2011) apontou uma associação entre baixa escolaridade paterna e aumento das taxas de nascimento pré-termo, em particular, entre as mulheres solteiras, divorciadas, separadas, viúvas ou que coabitavam com seus respectivos companheiros. Conforme os pesquisadores, talvez a escolaridade paterna seja um indicativo da possibilidade dos pais disporem energia, tempo e recursos para cuidar a saúde materna antes, durante e após a gravidez.

Ainda em relação à etiologia do nascimento pré-termo, algumas características gestacionais e maternas têm sido destacadas pela literatura, tais como: gestação múltipla, infecções ou inflamações durante a gestação, ruptura prematura de membranas, anomalia uterina, cirurgia abdominal durante a gestação, adição a drogas, tabagismo, sangramento uterino, estado nutricional das gestantes, obesidade, história prévia de abortos e de nascimento pré-termo (Goldenberg et al., 2008; Ramos et al., 2011; Taeusch & Avery, 2003; Tucker & McGuire, 2004). No caso das mulheres obesas, há maior probabilidade tanto de diabetes, como pré-eclâmpsia, que são patologias relacionadas ao nascimento pré-termo (Goldenberg et al., 2008).

Outro fator que pode desencadear o parto pré-termo é a baixa qualidade do pré-natal, o que dificulta o controle de infecções, podendo desencadear a ruptura prematura de membranas (Barros et al., 2005; Bettiol, Barbieri, & Silva, 2010). Bettiol, Barbieri e Silva (2010) também destacaram que alguns aspectos genéticos podem aumentar o risco de parto pré-termo, podendo ocorrer uma intensa resposta inflamatória a infecções em algumas mulheres, o que ainda é pouco estudado na epidemiologia do nascimento pré-termo.

Além destes fatores, Barros e colaboradores (2005) sugeriram que a medicalização excessiva dos cuidados materno-infantil é um dos aspectos que pode estar relacionado à prematuridade, tais como: o aumento do número de cesarianas, de partos induzidos e ultrassons imprecisos. Mais do que isso, a indução de partos e de cesarianas muito cedo pode ocorrer devido aos erros de avaliação da idade gestacional, sendo esta denominada de prematuridade iatrogênica (Barros et al., 2005; Bettiol et al., 2010; Ramos et al., 2011). Entretanto, conforme Bettiol e colegas (2010), ainda não se sabe o número de nascimentos pré-termo que pode ser considerado iatrogênico e aqueles com correta indicação médica, não sendo possível determinar o quanto a intervenção abusiva pode estar contribuindo para o aumento do número de partos pré-termo.

Entende-se também que o aumento das técnicas de reprodução assistida e crescente número de gestações múltiplas podem ser causas do aumento da incidência da prematuridade (Goldenberg et al., 2008; Tucker & McGuire, 2004). Estima-se que em torno de 25% dos nascimentos pré-termo ocorra em gestações múltiplas, e metade dos gemelares nasça pré-termo.

Além dos fatores descritos até aqui, aspectos emocionais maternos podem estar implicados na etiologia do nascimento pré-termo. Alguns pesquisadores têm sugerido que o estresse materno e sintomas de depressão no período pré-natal podem estar associados ao parto pré-termo (Bettiol et al., 2010; Goldenberg et al., 2008; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993). Entretanto, este ainda é um tema pouco investigado.

A partir dessa descrição sobre a epidemiologia do nascimento pré-termo, constata-se que inúmeros fatores têm sido relacionados ao aumento das taxas de prematuridade no Brasil e no mundo. Trata-se de um problema de saúde pública, multifatorial e complexo, ainda pouco compreendido, que envolve características sociodemográficas, familiares, biológicas, genéticas e da própria qualidade da assistência e das práticas materno-infantil vigentes na atualidade. Embora algumas das causas apresentadas estejam vinculadas ao baixo nível socioeconômico, destaca-se que a prematuridade ocorre em diversos países, comunidades e famílias, evidenciando que não é exclusiva das camadas mais pobres.

A identificação desses fatores associados à prematuridade tem sido buscada por diversos pesquisadores e clínicos com vistas à redução ou prevenção desse quadro, que afeta tantos bebês. Apesar dos esforços, avanços ainda se fazem necessários, e a prematuridade é um problema de saúde cada vez mais prevalente no Brasil como nos demais países, como já destacado. Nas últimas décadas, com os avanços tecnológicos na área da Neonatologia, cada vez mais bebês com EBP ou muito pré-termo têm sobrevivido (De Kleine et al., 2007; Linhares et al., 2000; Saigal & Doyle, 2008; Tucker & McGuire, 2004). A partir da década de 90, o uso crescente e cada vez mais precoce de fármacos e ventilação assistida tem contribuído para a diminuição da mortalidade, propiciando, inclusive, a sobrevivência de bebês extremamente pré-termo (Ramos et al., 2011; Saigal & Doyle, 2008). Mesmo com estes progressos, de acordo com Beck et al. (2010), sabe-se que as chances de sobrevivência do bebê pré-termo em países em desenvolvimento podem ser pequenas. Ao contrário, nos países desenvolvidos, as taxas de sobrevivência de bebês nascidos na 32ª semana de gestação são similares às de bebês a termo.

Um dos principais problemas do nascimento pré-termo é que a maioria dos órgãos do bebê ainda é imaturo (Ministério da Saúde, 2002; Saigal & Doyle, 2008). De acordo com Saigal e Doyle (2008), em função da imaturidade, principalmente do cérebro e pulmões, podem surgir problemas respiratórios, gastrointestinais e também dificuldades relacionadas à alimentação e controle da temperatura. Além disso, mesmo após a alta hospitalar, cada vez mais estes bebês, em particular aqueles com menor tempo gestacional e EBP, têm apresentado outros problemas de saúde, implicando em novos procedimentos e internações. As principais complicações têm sido apneia, displasia broncopulmonar, refluxo gastroesofágico e retinopatia da prematuridade (De Kleine et al., 2007; Goldenberg et al., 2008; Ministério da Saúde, 2002; Saigal & Doyle, 2008). Tendo em vista os custos sociais e econômicos de complicações clínicas, por vezes muito sérias, têm se discutido também as implicações éticas do cuidado intensivo de bebês com viabilidade limítrofe (Saigal & Doyle, 2008).

Juntos, os estudos revisados revelam que, com os avanços tecnológicos, bebês extremamente pré-termo - por vezes, até com 26 semanas - e com EBP, bastante vulneráveis, tendem atualmente a sobreviver, o que aumenta o risco de complicações médicas e sequelas para o próprio bebê. Neste sentido, há uma preocupação por parte dos estudiosos de que a sobrevivência destes bebês possa vir acompanhada de um aumento do número de incapacidades (De Kleine et al., 2007). Sendo assim, muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de conhecer as consequências do nascimento pré-termo para o desenvolvimento desses bebês e suas famílias, o que será abordado a seguir.

1.3 Impacto do nascimento pré-termo para o desenvolvimento do bebê

Considerando a melhora dos cuidados neonatais e o aumento da sobrevivência de bebês nascidos pré-termo, como descrito acima, diversos pesquisadores têm buscado avaliar o impacto da prematuridade na saúde, qualidade de vida e desenvolvimento destas crianças. A compreensão das consequências da prematuridade para o desenvolvimento tem considerado tanto as características clínicas do bebê como do seu ambiente, incluindo os cuidados neonatais, fatores socioeconômicos e familiares. Os pesquisadores têm se dedicado à avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento do bebê pré-termo desde sua infância até a idade adulta, particularmente no primeiro ano de vida, no período pré-escolar e no período escolar. Levando em consideração a etapa investigada neste trabalho, na presente revisão serão priorizados estudos que investigaram o desenvolvimento ao longo do primeiro ano de vida do bebê.

O desenvolvimento cerebral do bebê nascido pré-termo tem sido um dos aspectos pesquisados. A recente revisão da literatura realizada por Zomignani, Zambelli e Antonio (2009) indicou que a interrupção do desenvolvimento pré-natal estaria associada a várias alterações cerebrais, o que pode ocasionar déficits relacionados ao desenvolvimento psicomotor, cognitivo e da linguagem em crianças nascidas pré-termo. Além disso, esses autores ressaltam que o desenvolvimento cerebral dos meninos tem sido mais afetado, o que ainda não foi completamente explicado. Tendo em vista que o cérebro é um dos órgãos mais afetados pela prematuridade, a revisão realizada por Saigal e Doyle (2008) sugeriu que a imaturidade desse órgão pode levar a outras sequelas neurodesenvolvimentais nos primeiros anos de vida (entre 1-2 anos de idade), entre as quais se incluem: epilepsia, retardo mental, paralisia cerebral, dificuldades motoras, prejuízos visuais e auditivos. A partir de estudos longitudinais encontrados nesta revisão, constatou-se que cerca de um quarto dos bebês nascidos muito pré-termo é

acometido por alguma dessas sequelas, sendo que as taxas mais elevadas encontram-se entre os bebês nascidos com menos de 26 semanas de gestação.

Em âmbito nacional, um número significativo de pesquisadores também tem focado o impacto da prematuridade no desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem desses bebês, encontrando resultados semelhantes. Diversos estudos têm mostrado que essas crianças são mais propensas a apresentar déficit cognitivo (Linhares et al., 2000; Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho, & Martinez, 2005; Martins, Linhares, & Martinez, 2005), pior desempenho perceptual-motor (Magalhães, Catarina, Barbosa, Mancini, & Paixão, 2003), atraso na aquisição da linguagem (Schirmer, Portuguez, & Nunes, 2006), maiores índices de repetência escolar (Linhares et al., 2000) e problemas emocionais e comportamentais (Espírito Santo, Portuguez, & Nunes, 2009; Linhares et al., 2000; Linhares et al., 2005) em comparação às crianças nascidas a termo.

No que se refere ao desenvolvimento cognitivo, utilizando a Escala de Matrizes Coloridas Progressivas de Raven-Escala Especial com padronização brasileira, a pesquisa conduzida por Linhares et al. (2000) buscou comparar crianças escolares com idade entre 8 e 10 anos nascidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Para tanto, participaram 34 crianças nascidas pré-termo entre 24 e 34 semanas de gestação e com MBP e 20 crianças nascidas a termo (>2.500g). Quase metade das crianças nascidas pré-termo (49%) e a maioria das crianças nascidas a termo (68%) obtiveram escores que correspondem à classificação de inteligência média ou acima da média. Contudo, tais diferenças entre os dois grupos não eram estatisticamente significativas.

Apesar dos indicadores cognitivos satisfatórios descritos acima, os resultados do estudo de Linhares et al. (2000) e de Martins et al. (2005) indicaram que em torno de 1/5 das crianças nascidas pré-termo e com MBP apresentavam atrasos cognitivos. Por exemplo, Linhares et al. (2000) constatou atraso escolar, déficit auditivo, entre outras sequelas no desenvolvimento em 18% da amostra de crianças nascidas pré-termo. De forma similar, ao investigar crianças nascidas pré-termo (idade gestacional média de 28 semanas) com MBP ($n=15$) e a termo ($n=15$) em idade pré-escolar (6 anos), Martins et al. (2005) encontrou proporções semelhantes de sinais de déficit intelectual (20%).

Quanto à avaliação de problemas emocionais e comportamentais em crianças escolares (idade entre 8 e 10 anos), as pesquisas de Linhares e colegas (Linhares et al., 2000; Linhares et al., 2005) demonstraram, a partir de entrevistas com as mães de bebês pré-termo com MBP, que essas crianças apresentavam maior incidência dos seguintes sintomas: agitação, inquietude, enurese, recusa escolar, movimentos repetidos ou tiques e medos. Ainda, a partir da percepção

das mães de crianças pré-escolares, os resultados de outro estudo brasileiro citado acima (Martins et al., 2005) indicaram queixas somáticas (vômitos e dores de estômago) e medo frente a situações novas como mais descritos pelas mães daquelas nascidas pré-termo e com MBP em comparação ao grupo de mães de crianças nascidas a termo. Conforme Martins e colegas, tais sintomas podem ser sugestivos de dificuldade de enfrentamento de situações sociais, ansiedade, retraimento e somatização.

Na mesma direção, mas com base em uma avaliação neuropsicológica durante o período pré-escolar entre 4-5 anos de idade, envolvendo 80 crianças nascidas pré-termo com BP, Espírito Santo et al. (2009) identificou risco maior de problemas comportamentais e emocionais, como, por exemplo, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Tendo em vista o risco aumentado de problemas emocionais e comportamentais neste contexto, Linhares et al. (2005) ressaltaram a importância de intervenções terapêuticas, educativas e o seguimento longitudinal destas crianças antes do ingresso escolar, a fim de promover o seu desenvolvimento.

Outro tema que tem sido investigado no contexto da prematuridade é a avaliação da aquisição de comportamentos esperados nos primeiros anos de vida. Por exemplo, Pinto (2009) utilizando a Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (EDCC), investigou 21 bebês nascidos pré-termo entre 33 e 36 semanas de gestação, sem sequelas neurológicas, em pelo menos uma destas faixas etárias (1-3 meses, 4-6 meses, 7-9 meses e 10-12 meses incompletos), identificando que o comportamento do bebê e a interação com o ambiente eram afetados pela prematuridade, mesmo com este tempo gestacional. Os resultados das crianças nascidas pré-termo foram comparados àqueles esperados em crianças nascidas a termo, de acordo com normatização do EDCC, revelando que os bebês pré-termo apresentavam um ritmo mais lento, assim como um atraso na aquisição, normalização e/ou estabilização de diversos comportamentos (por exemplo, emitir sons) ao longo do primeiro ano de vida, inclusive quando considerada a idade corrigida⁴. Utilizando a mesma escala aos 6 e aos 11 meses de idade (IC), outro estudo (Linhares, Carvalho, Machado, & Martinez, 2003) avaliou 42 bebês nascidos pré-termo com menos de 34 semanas de gestação e com MBP em seguimento ambulatorial desde sua alta hospitalar, verificando que a maioria das crianças apresentava os comportamentos pró-sociais, verbais e motores esperados ao longo do primeiro ano de vida. Mesmo assim, corroborando o estudo acima, os resultados apontaram indícios de algum atraso ou risco no desenvolvimento destes comportamentos em cerca de um terço da amostra estudada, tomando por base os critérios de desenvolvimento da própria escala.

⁴ A correção da idade é obtida através do seguinte cálculo: idade corrigida (IC) = idade cronológica em semanas – (40 semanas de gestação – idade gestacional ao nascimento) (Rugolo, 2005).

Nessa mesma direção, o estudo de Fraga, Linhares, Carvalho e Martinez (2008b) com 14 bebês nascidos pré-termo entre 29 e 33 semanas de gestação e com MBP internados na UTINeo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, através das Escalas de Desenvolvimento Infantil Bayley II – Mental e Motora (Bayley-II), constatou que a maioria das crianças obteve indicadores normais de desenvolvimento aos 12 meses (IC), quando comparadas à amostra norte-americana de padronização do Bayley-II. Contudo, pelo menos 25% da amostra não apresentou habilidades relativas à linguagem, imitação, permanência do objeto, resolução de problemas e ao desenvolvimento motor, esperadas durante o primeiro ano de vida. Ainda quanto ao desenvolvimento motor, mais de um terço da amostra teve seu desenvolvimento classificado como “significativamente prejudicado” na escala motora (36%); enquanto nenhuma criança, na escala mental. Tais resultados sugerem atrasos mais significativos no desenvolvimento de habilidades motoras.

Resultados semelhantes em relação ao desenvolvimento no primeiro ano de vida foram encontrados em outra pesquisa nacional (Nobre, Carvalho, Martinez, & Linhares, 2009). Esses autores utilizaram um instrumento de triagem (*screening*) de risco para problemas de desenvolvimento (DENVER-II), através do qual avaliaram 30 crianças paulistas nascidas pré-termo entre 26 e 34 semanas de gestação com MBP aos 5-7 meses e aos 10-14 meses (IC). Utilizando as normas do instrumento, uma porcentagem significativa de participantes apresentou classificação considerada “normal” tanto aos 5-7 meses (80%) como aos 10-14 meses (73%). Aos 5-7 meses, maior porcentagem de bebês apresentou risco para problemas de desenvolvimento na área motora; e, aos 10-14 meses, especialmente na área da linguagem. Verificou-se maior risco no desenvolvimento motor amplo entre aqueles bebês nascidos PIG em ambas faixas etárias; enquanto, na área da linguagem, constatou-se que quanto maior o número de pessoas residentes na casa, melhor era o desempenho entre 10 e 14 meses, sugerindo a influência do contexto familiar no desenvolvimento da linguagem, o que talvez possa explicar as diferenças de resultados entre as áreas de desenvolvimento sugeridas nesta pesquisa.

Outro foco das pesquisas no contexto da prematuridade é a avaliação de competências do bebê pré-termo através de estudos observacionais. Por exemplo, alguns autores (Eckerman, Oehler, Hannan, & Molitor, 1995) investigaram o desenvolvimento de comportamentos responsivos em 164 bebês nascidos pré-termo com MBP. Para tanto, os participantes foram avaliados durante 3-5 minutos através de protocolos de estimulação (examinador quieto, falando e falando/tocando) em diferentes períodos (29-30, 31-32, 33-34 e 35-36 semanas de vida). Os resultados obtidos sugeriram que esses bebês, particularmente nas primeiras semanas de vida, apresentavam comportamentos de estresse (por exemplo, fechando os olhos) diante de

estimulação social. Também se constatou que esses bebês tendem a responder adequadamente, mostrando-se atentos aos estímulos do ambiente em torno de 33-34 semanas após a concepção. De modo similar, ao avaliar a interação mãe-bebê no período neonatal (em torno da 37ª semana de vida) e aos 3 meses de vida, Feldman e Eidelman (2007) também demonstraram que os bebês nascidos pré-termo (entre 29 e 33 semanas de gestação) e com MBP ($n=56$) apresentavam-se menos alertas do que aqueles nascidos a termo ($n=52$).

Outros estudiosos já enfocaram somente o período após a alta hospitalar, investigando os bebês pré-termo através da observação da interação mãe-bebê durante o primeiro ano de vida (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983). Ao comparar um grupo de bebês nascidos pré-termo entre 26 e 36 semanas de gestação com menos de 1.801g ($n=37$) e um grupo de bebês a termo ($n=42$) aos 4, 8 e 12 meses, considerando à idade corrigida, esses pesquisadores constataram que os bebês pré-termo tendiam a ser menos responsivos e ativos, sorrindo e vocalizando em menor frequência, assim como, desviando o olhar mais frequentemente quando comparados com os bebês a termo. Tais resultados indicam que mesmo aos 12 meses (IC), as competências do bebê pré-termo podem não ser similares ao bebê a termo. Posteriormente, será discutido o impacto das características do bebê pré-termo para as relações iniciais mãe-pai-bebê.

Diferentemente de um bebê a termo, os bebês pré-termo nascem pequenos e imaturos, o que os torna extremamente dependentes de cuidados intensivos e da tecnologia neonatal para a manutenção da vida. A grande maioria dos bebês pré-termo pequenos ou que apresentam complicações necessitará tratamento médico intensivo em incubadoras (WHO, 2003). Como visto, os avanços científicos e o conhecimento do bebê pré-termo têm possibilitado a sobrevivência de bebês com menor idade, o que levará a um maior período no hospital, e, conseqüentemente, ao isolamento do bebê em um ambiente muito diferente do uterino (Pinto, Graham, Igert, & Solis-Ponton, 2004).

Diferentemente do ambiente intrauterino, a UTINeo é um ambiente caracterizado pela intensa luminosidade e ruídos constantes. Em relação a isso, Muller-Nix e Forcada-Guex (2009) destacaram que estímulos em uma UTINeo podem ser excessivos, insuficientes e inapropriados, o que é potencialmente estressante para um bebê pré-termo. Esses autores entendem que se, ao contrário, o ambiente propiciasse uma estimulação adaptada ao ritmo do bebê e um contato humano afetivo e protetivo, o bebê conseguiria manter-se estável e disponível para a interação, favorecendo seu desenvolvimento socioemocional. De acordo com Winnicott (1970/2006), o contato humano através dos batimentos cardíacos, ritmo respiratório e cheiro da mãe ou do pai são imprescindíveis para o desenvolvimento emocional do bebê. Sendo assim, esse autor ressaltou que um bebê não deve ser deixado sozinho somente com seus próprios recursos quando

ainda é muito imaturo e jovem para responsabilizar-se pela sua sobrevivência. Mesmo sem se referir especificamente a bebês nascidos pré-termo, essa afirmação de Winnicott é até mais relevante para bebês nascidos nessa condição.

Considerando a importância dos cuidados maternos e das relações iniciais mãe-pai-bebê no contexto da prematuridade, o método Mãe-Canguru tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) como uma abordagem que contribui para minimizar as consequências da prematuridade. Este método surgiu em Bogotá, na Colômbia, no início da década de 80, e foi proposto como uma solução para a superpopulação das UTINeo e as elevadas taxas de mortalidade decorrentes de infecções hospitalares (Klaus, Kennell, & Klaus, 2000). Atualmente, é considerado um cuidado alternativo à incubadora, que tem se mostrado eficiente quando o bebê pré-termo encontra-se estável, ou seja, sem problemas de saúde, promovendo o seu bem-estar e a sua saúde (WHO, 2003). O método consiste em manter o bebê em contato pele a pele com a mãe, pai ou, por exemplo, avó, durante 30 minutos ou mesmo durante 24 horas por dia, podendo ser iniciado imediatamente após o nascimento - no caso de bebês que nascem com peso acima de 1.800g (30-34 semanas de gestação ou mais) - ou muitas semanas depois - naqueles cujo peso ao nascer seja inferior a 1.200g (<30semanas de gestação). O Método Mãe-Canguru é recomendado à medida que o bebê melhora sua condição geral, necessitando simplesmente proteção contra infecções, calor e alimentação adequada que proporcione seu crescimento. Além desses benefícios – calor, alimentação e proteção - existem outras vantagens para o bebê, a mãe e o pai destacados na literatura (Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2003; Ministério da Saúde, 2002; Nyqvist et al., 2010): estimula o aleitamento materno, fortalece o vínculo, proporciona maior confiança e sentimento de competência nas mães e favorece o desenvolvimento do bebê. Para Nyqvist e colaboradores (2010), este método deve ser iniciado assim que possível após o nascimento do bebê pré-termo por tudo o que acrescenta nestes vários aspectos destacados.

Além do Método Mãe-Canguru, têm sido desenvolvidas modalidades de cuidados – como, por exemplo, o Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato⁵ - e relações entre a equipe e o bebê que buscam contemplar as necessidades e características individuais de cada bebê pré-termo, promovendo seu bem-estar emocional e desenvolvimento (Als & Gilkerson, 1997; Druon, 1999). Resultados dos estudos sugerem que um cuidado individualizado pode favorecer o desenvolvimento das capacidades autorregulatórias, além de reduzir o tempo de internação e as complicações clínicas do bebê (Als et al., 1994).

⁵ *the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP).*

Assim, ainda em relação aos cuidados durante a internação na UTINeo, estudiosos continuam investigando o impacto de outras estratégias de cuidados intensivos. Recentemente Lester et al. (2011) pesquisaram os efeitos do quarto privado em UTINeo. Os resultados desse estudo mostraram que o quarto privado pode, segundo os autores, melhorar o desenvolvimento neurodesenvolvimental e favorecer as interações com a mãe e o pai, o que pode estar relacionado a diversos fatores, entre eles, uma maior privacidade.

Os estudos revisados mostram que a prematuridade pode afetar o desenvolvimento cerebral, cognitivo e socioemocional do bebê e da criança ao longo dos primeiros anos de vida e até posteriormente, e, em particular, tem impacto nas competências e aquisições de comportamentos esperados para a idade e na interação com o ambiente. Contudo, a literatura também aponta que a maioria das crianças nascidas pré-termo não apresenta sequelas ou atrasos desenvolvimentais, demonstrando que essa condição biológica por si só não determina o desenvolvimento nos primeiros anos de vida e que muitos fatores devem ser considerados na análise dos resultados encontrados. Neste sentido, ressalta-se que os estudos brasileiros apresentados nesta seção referem-se predominantemente à investigação de bebês pré-termo em seguimento ambulatorial em serviços de saúde ou hospitais universitários que atendem gestantes e bebês de alto risco. Conforme destacado por Formiga e Linhares (2009), é provável que uma amostra que utiliza esse tipo de serviço não seja representativa da população de bebês pré-termo que não tiveram acesso aos recursos disponíveis em centros de referência, o que deve ser considerado na discussão dos resultados descritos na presente revisão.

Mesmo assim, é importante ressaltar que algumas características clínicas e sociodemográficas têm sido associadas a um pior prognóstico em relação ao desenvolvimento destas crianças, tais como: menor peso ao nascer (Formiga & Linhares, 2009; Linhares et al., 2000; Linhares et al., 2003; Nobre et al., 2009; Rugolo, 2005); idade gestacional inferior a 32 semanas (Lawn et al., 2010; Nobre et al., 2009; Tucker & McGuire, 2004); ser pequeno para idade gestacional (Méio, Lopes, & Morsch, 2003); sexo masculino (Formiga & Linhares, 2009; Méio et al., 2003; Zomignani et al., 2009) e nível socioeconômico baixo (Rugolo, 2005). Somase a isso, o fato de que os bebês com períodos mais longos de internação têm apresentado mais problemas de desenvolvimento (Nobre et al., 2009).

Por outro lado, a literatura também destaca que o ambiente do bebê pré-termo pode influenciar o impacto da prematuridade no seu desenvolvimento posterior. Neste sentido, Linhares et al. (2000, 2003) sugeriram que o ambiente familiar e educacional poderá favorecer o desenvolvimento cognitivo, e que as expectativas maternas otimistas quanto à evolução do bebê e a participação em seguimento longitudinal parecem contribuir para o desenvolvimento

favorável de bebês vulneráveis, como os de MBP. Do mesmo modo, resultados de uma recente pesquisa (Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008a) sugeriram que o acompanhamento psicológico das mães durante a internação do bebê na UTINeo até o final do seu primeiro ano de vida pode atenuar os efeitos adversos da ansiedade e depressão materna, promovendo o desenvolvimento do bebê.

Em particular, no que se refere ao pai, tem sido ressaltado seu importante papel em famílias com bebês pré-termo. Por exemplo, o estudo de Yogman, Kindlon e Earls (1995) demonstrou que o envolvimento paterno através da presença estável e do tempo despendido brincando com a criança favorecia o desenvolvimento cognitivo de crianças nascidas pré-termo em famílias negras. De forma similar, alguns pesquisadores (Levy-Shiff, Hoffman, Mogilner, Levinger, & Mogilner, 1990) destacaram que a frequência das visitas do pai ao bebê durante a internação é um preditor da qualidade do desenvolvimento do bebê aos 8 e 18 meses de vida, contribuindo também para o aumento de peso e diminuição do tempo de hospitalização.

De fato, a interação estabelecida com o bebê é considerada importante no seu prognóstico em caso de prematuridade (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Cramer, 1987). De acordo com Brazelton e Cramer (1992), estudos observacionais revelaram que os pais e mães se ajustam às necessidades, ritmos e comportamentos de um bebê, e que os bebês pré-termo demonstram capacidade de adaptação ao ambiente, se este for adequado e sensível. Do mesmo modo, Pinto et al. (2004) destacaram que as desvantagens da prematuridade estariam muitas vezes mais relacionadas com o ambiente do que com a precocidade do nascimento em si. Mais recentemente, através da observação da interação mãe-bebê e pai-bebê aos 3 e 12 meses após a alta do hospital em uma amostra constituída por 49 bebês nascidos pré-termo entre 30 e 36 ½ semanas de gestação ($M=2.334g$) e 54 bebês nascidos a termo, o estudo conduzido por Magill-Evans e Harrison (2001) demonstrou que o comportamento materno e paterno aos 12 meses predizia respectivamente o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva aos 4 anos de idade. Juntamente com as pesquisas citadas acima, tais resultados evidenciam a influência de características do ambiente familiar no desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo.

Além da relação estabelecida entre a interação mãe-bebê e pai-bebê e o desenvolvimento da linguagem, estes pesquisadores citados acima também demonstraram que outros fatores ambientais são preditores do desenvolvimento motor e cognitivo, entre eles: o relacionamento conjugal, a idade paterna e materna e o nível socioeconômico. Por outro lado, o sexo do bebê também foi apontado como um dos principais preditores do desenvolvimento destas áreas. Assim, ao examinar o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, é importante levar em

consideração uma série de fatores, incluindo tanto as características do bebê como de seu contexto familiar.

Como discutido acima, os estudos revisados demonstram o impacto do nascimento pré-termo para o desenvolvimento infantil em função da imaturidade com que nasce um bebê nessas condições e o papel importante do ambiente neste contexto. Além das consequências para o bebê, inúmeros estudos descreveram também o impacto da prematuridade nas relações mãe-bebê e pai-bebê neste contexto, que são apresentados a seguir.

1.4 As relações iniciais no contexto da prematuridade

Conforme Lebovici (1987), após o nascimento, as mães e os pais são confrontados com um bebê que sempre os decepciona em alguma medida, necessitando ajustar a imagem idealizada durante a gestação ao bebê real que nasce. Na verdade, no nascimento de um bebê, estariam presentes no psiquismo da mãe e do pai três diferentes bebês: a criança imaginária dos sonhos e fantasias, o bebê que foi sendo construído durante a gravidez, evidenciado pelas características e ritmos de cada bebê, e o recém-nascido que será conhecido no nascimento (Brazelton & Cramer, 1992).

No caso do nascimento pré-termo, devido à condição de imaturidade biológica, o bebê que nasce é frágil, sonolento, imprevisível e imaturo, sendo muito diferente do bebê imaginado durante a gestação (Klaus et al., 2000; Maldonado, 1989; Wirth, 2000). Portanto, este ajuste costuma ser mais difícil para os pais e as mães de um bebê pré-termo, já que, neste caso, o bebê é magro e pálido, com aparência enfraquecida, o que implica em um processo de luto (Brazelton, 1988; Klaus et al., 2000; Maldonado, 1989; Wirth, 2000). De fato, para Brazelton (1988), após o nascimento de um bebê pré-termo, surge um luto devido à perda do bebê perfeito que fora esperado. Assim, a adaptação às necessidades do bebê e o estabelecimento das relações iniciais poderão ocorrer em meio a uma série de dificuldades.

Além disso, a hospitalização impõe a separação precoce e dolorosa entre o bebê, a mãe e o pai, podendo ter impacto negativo para o desenvolvimento das relações iniciais (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006; Klaus et al., 2000; Lebovici, 1987). Considerando os resultados das pesquisas evidenciando o impacto negativo da separação, Klaus et al. (2000) ressaltaram que medidas que limitem as visitas e presença das mães e pais na UTINeo aumentam de forma drástica as ansiedades em relação à situação do bebê pré-termo. Até a década de 70, as mães e os pais não podiam visitar o bebê na UTINeo, sendo imposta uma separação precoce durante semanas após o parto. Nesta época, entendia-se que a entrada das mães e dos pais no ambiente da

UTINeo representaria um risco de infecção aos bebês, o que não foi apoiado pelo estudo de Barnett, Leiderman, Grobstein e Klaus (1970), desde que precauções adequadas fossem efetivadas. Dessa forma, recomenda-se que mães e pais tenham livre acesso às unidades de cuidados intensivos durante vinte e quatro horas por dia (Klaus et al., 2000).

Apesar das sugestões de mudanças no ambiente da UTINeo descritas acima, que buscam torná-lo mais humano, permitindo, tão logo seja possível, a presença das mães e pais e o estabelecimento de uma relação com seu bebê, a internação é uma situação ansiogênica para as mães e os pais, pelo encontro com um bebê minúsculo e enrugado, envolto em tubos e equipamentos médicos (Miles & Holditch-Davis, 1997). Durante as visitas, de acordo com esses autores, as mães e os pais podem presenciar mudanças de cor no bebê, episódios de apneia ou problemas respiratórios. Além disso, durante a internação de seu bebê na UTINeo, pode ocorrer a morte de outros bebês e, com isso, as mães e os pais têm que enfrentar a ideia da morte de seu próprio bebê (Pinto et al., 2004). Nesse contexto de grande estresse, por vezes a morte do próprio filho pode ser desejada, como uma forma de encerrar o sofrimento do bebê e deles próprios. Isso estaria associado às angústias de morte (Lebovici, 1987) e a uma constante preocupação tanto em relação à sobrevivência (Andreani et al., 2006; Klaus et al., 2000), como em relação à sua evolução clínica (Miles & Holditch-Davis, 1997).

Outra particularidade do contexto da prematuridade, portanto, é que os pais e as mães têm pouco controle em relação ao que se passa com o filho, tendo poucas oportunidades de cuidados iniciais, e, com frequência, sentem-se incapazes de exercer o papel parental (Miles & Holditch-Davis, 1997). Para Lebovici (1987), em função dos médicos e enfermeiras serem responsáveis pelo cuidado do bebê pré-termo, os profissionais podem ser vistos como os únicos capazes de cuidar, tocar e nutrir o bebê, enquanto os pais e as mães podem sentir-se não autorizados a cuidar de seu filho, sentindo-se perigosos e punidos pela separação. Neste sentido, Klaus et al. (2000) ressaltaram que os pais e as mães necessitam auxílio para o desenvolvimento da relação com seu bebê, tendo oportunidade de se aproximar, o que poderá facilitar o reconhecimento de suas necessidades. Para tanto, devem ser estimulados a cuidar de seu bebê pré-termo ainda no hospital, a fim de sentirem-se competentes após a alta (Klaus et al., 2000). Tracey (2002) ressaltou também que os pais e as mães de bebês pré-termo que podem manter contato com seu bebê na UTINeo, tocá-lo e cuidá-lo, sentem-se mais envolvidos.

Considerando tais aspectos, diversos autores descrevem que a prematuridade pode interferir na formação do vínculo dos pais e das mães com o bebê (Andreani et al., 2006; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus et al., 2000; Maldonado & Dickstein, 1996). Os pais e as mães podem ter medo de vincular-se ao bebê e perdê-lo, em especial, em caso de risco de morte

(Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado & Dickstein, 1996). Da mesma forma, podem temer tocá-lo, acariciá-lo ou aconchegá-lo no colo, mesmo quando são autorizados pela equipe de saúde (Maldonado, 1989).

O estudo experimental de Feldman, Weller, Leckman, Kuint e Eidelman (1999) examinou o processo de vínculo da mãe em relação ao seu bebê sob condições de aproximação, separação inicial e separação prolongada envolvendo risco de perda do bebê. A amostra foi constituída por três grupos: o grupo 1, bebês nascidos a termo e saudáveis, que tiveram alta após 96 horas após o parto ($n=29$); o grupo 2, bebês nascidos pré-termo entre 34 e 36 semanas de gestação e com peso entre 1.650 e 1.850g que não necessitaram internação em UTINeo, podendo estabelecer contato com sua mãe nas primeiras 48 horas após o parto ($n=30$); e grupo 3, bebês nascidos pré-termo entre 28 e 32 semanas de gestação e com peso entre 810 e 1.400g, que não puderam ser tocados nas primeiras 48 horas após o parto ($n=32$). As mães dos grupos 1 e 2 foram entrevistadas duas semanas após o nascimento do bebê; e as do grupo 3, quando o bebê completava entre 37 e 40 semanas após concepção. Os resultados mostraram que as mães de bebês a termo, que puderam estabelecer proximidade logo após o nascimento, estiveram mais tempo envolvidas na alimentação e no contato direto com seu bebê. Pelo contrário, as mães de bebês pré-termo internados em UTINeo apresentaram menor frequência de comportamentos interativos e de cuidados com o bebê. Neste sentido, os autores destacaram o impacto de separações prolongadas entre a mãe e seu bebê, demonstrando que a possibilidade de tocar o bebê e o contato precoce entre a mãe e o bebê favorecia o desenvolvimento da relação de apego, enquanto a situação de separação prolongada, que caracteriza o contexto da prematuridade, impõe um risco para o estabelecimento do vínculo com o bebê.

Considera-se que o nascimento pré-termo é uma das situações que pode afetar a interação dos pais e das mães com o bebê, tanto pelas consequências para o comportamento do bebê como para a vivência dos pais (Klaus et al., 2000; Lebovici, 1987; Pinto et al., 2004). Em relação ao comportamento do bebê pré-termo, este tem sido entendido como um dos fatores que mais contribui para dificuldades na interação (Brazelton & Cramer, 1992; Lebovici, 1987). Como visto anteriormente, o bebê pré-termo é menos responsivo, o que poderá impor maiores desafios na comunicação e na interação.

Especificamente em relação à interação pai-bebê, o estudo longitudinal conduzido por Levy-Shiff et al. (1990) destacou que as visitas durante a internação na UTINeo podem influenciar a futura relação entre o pai e o bebê, assim como a percepção em relação ao bebê. A partir do seguimento longitudinal com 50 pais de bebês pré-termo israelenses, constatou-se que, quanto maior a frequência de visitas, mais os pais se envolviam nos cuidados, mostravam-se

afetivos, seguravam seu bebê na UTINeo e em casa. Mais ainda, após a alta, percebeu-se maior estimulação e brincadeiras por parte dos pais. Aos 8 e 18 meses de vida da criança, os pais percebiam o bebê como menos difícil. Tais resultados ressaltam a importância das mudanças no ambiente neonatal, nas últimas décadas, que permitiram a entrada não só da mãe, mas também do pai, assim como a criação do Método Mãe-Canguru, que poderá incluir também o pai.

Conforme descrito acima, de um lado, existem as características do bebê pré-termo que podem desencadear dificuldades na interação e, por outro lado, as reações emocionais dos pais e das mães diante do nascimento de um bebê pré-termo. Considerando o foco deste trabalho, a seguir serão apresentados e discutidos os estudos que têm investigado, em particular, os aspectos subjetivos da paternidade no contexto da prematuridade.

1.5 Paternidade no contexto da prematuridade

Até poucas décadas, os estudos sobre parentalidade enfocavam basicamente a importância do papel da mãe para o desenvolvimento infantil, e poucos destacavam o pai. Mais recentemente, alguns autores (Lamb, Pleck, Charnov, & Levine, 1985; Parke, 1996) começaram a se dedicar ao papel e função do pai no desenvolvimento do filho, alguns deles investigando os efeitos dos comportamentos e interações nos primeiros anos de vida da criança e a ausência paterna. Menos ênfase tem sido dada aos aspectos subjetivos da paternidade.

Na Psicologia do Desenvolvimento, desde a década de 70, ao se investigar a paternidade, um dos temas estudados tem sido o envolvimento paterno. Este construto foi proposto por psicólogos americanos (Lamb et al., 1985) para fins de análise do comportamento e interação dos pais através de três dimensões: interação, que diz respeito às atividades e cuidados com a criança; acessibilidade, que se refere à presença ou disponibilidade para a interação; e responsabilidade, que envolve o papel do pai em relação aos cuidados diários e recursos necessários para a criança, como, por exemplo, a contratação de uma babá. Inicialmente, estes autores consideravam que o envolvimento paterno estava relacionado à quantidade de tempo despendido com a criança, sendo que só posteriormente foram incluídos aspectos qualitativos na avaliação desse construto.

Contudo, poucos estudos têm focado a transição para a paternidade no que se refere às modificações psíquicas que podem ocorrer durante a gestação e após o nascimento do bebê. Diversos autores - dentre os quais destacam-se Winnicott (1956/2000) e Stern (1995) - contribuíram para a compreensão da experiência da maternidade, mas menos se tem falado sobre os processos psíquicos envolvendo o pai. A Psicanálise dedicou-se mais ao estudo da influência

do pai para a relação mãe-bebê e o desenvolvimento emocional da criança, com ênfase para sua função de apoio à mãe (Winnicott, 1960/1983) e menos à experiência da paternidade, que é o principal objeto de estudo do presente trabalho.

A experiência da paternidade foi definida por Houzel (2004) como um dos eixos da parentalidade, e envolveria o desejo de ter um filho e a transição para a paternidade, o que inclui as modificações psíquicas que ocorrem ainda durante a gestação e após o nascimento do bebê. Conforme ressaltado por este autor, diferentemente da maternidade, só recentemente a experiência da paternidade começou ser investigada (Houzel, 2004). Assim, nesta revisão da literatura, serão particularmente destacados os estudos que investigaram as modificações psíquicas paternas que acontecem durante a gestação e os primeiros meses de vida do bebê.

No cenário nacional, cada vez mais pesquisadores têm direcionado atenção ao pai durante a gestação e, mais recentemente, os primeiros anos de vida da criança, o que até então vinha sendo negligenciado (Bornholdt, Wagner, & Staudt, 2007; De Martini, 1999; De Martini, Piccinini, & Gonçalves, 2010; Dornelles, 2009; Henn, 2007; Henn, Piccinini, & Garcias, 2008; Krob, Piccinini, & Silva, 2009; Levandowski, 2001; Levandowski, 2005; Levandowski & Piccinini, 2006; Levandowski, Piccinini, & Lopes, 2009; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer, & Lopes, 2009a; Ramires, 1997; Silva, 2007; Silva & Piccinini, 2007, 2009). Confirmando o interesse crescente em estudar a experiência do ponto de vista dos próprios pais, na última década percebeu-se ainda um aumento do número de estudos qualitativos (Souza & Benetti, 2009).

Independentemente do contexto, o nascimento de um filho, particularmente do primeiro, é um evento que implicará em transformações familiares e psíquicas, mobilizando tanto alegria como ansiedades e conflitos (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Como destacado por esses autores, a chegada de um primeiro bebê romperá a relação dual que existia até então entre o casal, o que exige a adaptação à nova situação: a relação com o novo bebê. Sendo assim, é uma experiência que impõe uma série de desafios, ao mesmo tempo, em que é uma oportunidade de crescimento pessoal e mudança.

A transição da paternidade é um processo complexo e gradual, que se inicia antes mesmo da notícia da gravidez, envolvendo diversos períodos e eventos, como a decisão de ter um filho, as tentativas de engravidar e todos os ajustes que acontecem durante a gestação do bebê (Parke, 1996). Em relação à gestação, diferentemente das mães que podem certificar-se do bebê crescendo e se movimentando em seu corpo, os pais deparam-se com a tarefa de imaginar o bebê e preparar-se para sua chegada sem a realidade concreta do bebê (Brazelton, 1988; Parke, 1996). Em especial, durante os primeiros meses de gestação, essa falta de evidência tangível da

existência da criança tem sido descrita como um dos maiores desafios para os homens durante o período pré-natal, podendo gerar um sentimento de irrealidade e, em consequência, dificuldades no estabelecimento de um vínculo com o bebê durante esse período (Genesoni & Tallandini, 2009). De qualquer modo, para Brazelton (1988), ainda durante a gestação, muitos pais buscam se aproximar do bebê e identificam-se com a esposa, desejando estabelecer um vínculo com ele.

É importante ressaltar que algumas pesquisas têm demonstrado que a tecnologia pode contribuir para o interesse e envolvimento dos pais durante a gestação. Por exemplo, a extensa revisão de Parke (1996) demonstrou que os avanços da tecnologia - particularmente o uso de rotina de ultrassonografias - podem aumentar o vínculo com o bebê em desenvolvimento. Outro benefício destacado por este autor é a diminuição de ansiedades relativas à saúde e desenvolvimento do bebê, à medida que este exame permite observar se o desenvolvimento do feto é saudável e normal. No contexto nacional, uma pesquisa recente envolvendo 35 pais que residiam na região metropolitana de Porto Alegre e esperavam o primeiro filho (Piccinini et al., 2009a) mostrou que a ultrassonografia pode ser um importante recurso na construção de uma imagem mental do bebê por parte do pai ainda durante a gestação. Nesse estudo, a maioria dos pais já conseguia imaginar o sexo do bebê, assim como características psicológicas e físicas, o que, conforme os autores, indica uma tendência atual de maior envolvimento e participação dos pais nos cuidados com os bebês.

Assim, durante a gestação, os pais vão construindo um bebê imaginário, antecipando atributos (Szejer & Stewart, 1997) e, ao mesmo tempo, a tecnologia já permite um confronto com o bebê real, como, por exemplo, seu sexo (Lebovici, 1988). Mesmo assim, segundo Cramer e Palacio-Espasa (1993), o bebê que nasce será um estranho, ao qual, gradualmente, os pais poderão atribuir intenções e características, o que será importante no estabelecimento da relação entre o pai e o bebê.

Ainda durante a gestação, os pais podem sentir ciúmes da intimidade entre a mãe e o bebê, sentindo-se excluídos pela relação exclusiva estabelecida entre eles (Raphael-Leff, 1997). Por isso, o bebê pode ser percebido como um rival (Brazelton & Cramer, 1992; Szejer & Stewart, 1997). O estudo longitudinal desenvolvido por Krob, Piccinini e Silva (2009) investigou a transição para a paternidade durante a gestação e no segundo mês de vida do bebê. Participaram 20 pais primíparos com idade entre 20 e 40 anos. O sentimento de exclusão e ciúmes da relação mãe-bebê foram constatados tanto durante a gestação como após o nascimento do bebê, confirmando a literatura. Além disso, de acordo com esses pesquisadores, nos primeiros dois meses de vida do bebê, os pais necessitavam um período de adaptação ao mesmo, que permitisse conhecê-lo e aprender sobre ele.

Durante a gestação e após o nascimento do bebê, constata-se que os pais, do mesmo modo que ocorre com a mãe, podem apresentar diversas manifestações psicopatológicas, que vão desde uma depressão pós-parto até sintomas psicossomáticos, como a síndrome de *couvade* (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Houzel, 2004). No contexto nacional, o estudo recente de De Martini, Piccinini e Gonçalves (2010) investigou especificamente a presença de indicadores de síndrome de *couvade* (sintomas físicos e/ou emocionais) em diferentes trimestre de gestação. Participaram 30 casais gaúchos primíparos, que tinham nível socioeconômico médio e médio-baixo e idade entre 20 e 35 anos. Através de relatos dos pais e das próprias gestantes, evidenciou-se a presença de sintomas físicos durante a gestação das esposas, em particular, no segundo semestre da gestação. Dentre os sintomas emocionais, constatou-se que os pais apresentavam ansiedades relacionadas à saúde do bebê, ao parto, ao aumento das responsabilidades e ao sustento financeiro da família.

Corroborando os achados descritos acima, resultados de recentes pesquisas (Bornholdt et al., 2007; Krob et al., 2009) demonstraram que, mesmo durante a gestação, a maioria dos pais já percebia alterações físicas e, até mesmo, mudanças em suas emoções, tais como o incremento de sua sensibilidade, em especial em relação à esposa. Neste sentido, de acordo com Houzel (2004), mesmo que não seja tão evidente como as encontradas nas mães, a presença de perturbações psicológicas, frequentemente verificadas nos pais, evidencia a importância e a profundidade do processo subjetivo de transição para a paternidade.

Quanto às mudanças psíquicas, alguns autores (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1995) consideram que é possível que a gestação e o período do pós-parto propiciem um funcionamento psíquico particular também para os pais. Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem que, neste período, surge um funcionamento psíquico específico, o qual denominam pelo termo *neoformação* ou *nova organização*, impondo (embora mais às mulheres) a redistribuição de seus investimentos narcísicos e libidinais. Além da passagem de uma relação de casal (dois) para uma relação entre mãe-pai-bebê (três), os pais, como as mães, enfrentam a “perda do estatuto de filho” ao tornar-se um pai, o que envolverá um “luto desenvolvimental” (p.43), que geralmente poderá ser resolvido através da identificação com seu próprio pai. Mais do que isso, segundo Cramer e Palacio-Espasa, os primíparos estarão diante de conflitos nunca vividos em outra etapa de sua vida, além dos conflitos antigos que serão reativados.

Também se referindo a esse momento de transição à parentalidade, Stern (1995) criou o conceito de *constelação da maternidade* - proposto para referir-se a uma organização psíquica que surge nas mães a partir do nascimento de um bebê, em particular, do primeiro, ou até mesmo durante a gestação. É considerado um fenômeno psíquico temporário, presente nas culturas

ocidentais e pós-industrializadas, determinando medos, ações, fantasias, sensibilidades e desejos, que, juntos, tornam-se um eixo em torno do qual a vida psíquica da mãe se organizaria durante um período variável em torno do nascimento do filho. Cada um dos temas propostos por este autor relaciona-se a um grupo de ideias, medos, memórias, desejos e motivos que influenciam os comportamentos adaptativos, sentimentos, ações, interpretações e relações interpessoais. Assim, o tema *vida-crescimento* refere-se à manutenção da vida e crescimento do bebê, envolvendo uma série de medos, como de que o bebê pare de respirar e morra, ou de que não beba e se desidrate, dentre outros. Já o tema *relacionar-se primário* refere-se à capacidade de amar e envolver-se emocionalmente com o bebê, possibilitando seu desenvolvimento psíquico. Inclui, dentre outros aspectos, o estabelecimento do apego, a regulação dos ritmos do bebê, a sensibilidade, a preocupação materna primária e identificação com as necessidades do bebê. O tema da *matriz de apoio* envolve a necessidade de criar, permitir e manter uma rede de apoio que seja protetora. Através dessa rede, poderá cumprir as duas tarefas descritas acima: manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico. Por último, o tema da *reorganização da identidade* refere-se à necessidade de transformação e reorganização de sua própria identidade, que serão necessárias para alterar os investimentos emocionais, a alocação de energia, de tempo e de atividades. Esse processo de reorganização da identidade envolverá uma série de mudanças no mundo representacional, incluindo as *representações acerca de si mesmo, representações acerca do bebê, representações acerca da família de origem*, entre outras. Stern (1995) destacou que, no caso dos homens, esse processo de reorganização da identidade, diferentemente das mulheres, poderá ocorrer durante um longo período. Este conceito de *representações parentais* será definido posteriormente, tendo em vista que será utilizado na análise de dados do presente trabalho.

Além disso, outros autores têm destacado algumas ansiedades e preocupações que surgem no processo de transição para a paternidade. Para Brazelton (1988), o novo pai, como a mãe, estará diante da responsabilidade por outro ser, o que pode desencadear o incremento de ansiedades, preocupações e um sentimento de inadequação. Também as preocupações em relação às questões financeiras aumentam, assim como em relação à esposa (Klaus et al., 2000). Além disso, Ramires (1997) questionou se os homens não teriam a capacidade das mães de se identificar e se preocupar “primariamente” com seu bebê, visto que também foram cuidados quando bebês, referindo-se inclusive ao conceito de “preocupação materna primária” de Winnicott (1956/2000). Esse conceito envolve uma condição especial de sensibilidade aumentada das mães, que pode surgir nos últimos estágios da gestação e durante os primeiros meses de vida do bebê, permitindo uma adaptação sensível às necessidades iniciais de um bebê.

O próprio autor (Winnicott, 1963/1990) destacando a importância do cuidado materno ou paterno para a saúde mental da criança, afirmou que talvez o pai encontre-se também em um estado especial, “embora ele tenha menos oportunidade de demonstrá-lo”. (p. 47)

De todo modo, no que se refere ao pai, o destaque da obra de Winnicott (1983) e Stern (1995) é a importância de sua função de apoio em relação à esposa. Para eles, o pai deverá proporcionar uma proteção física à esposa, tanto em relação às exigências da realidade externa, como provendo suas necessidades vitais, o que permitirá a dedicação da mãe ao bebê. De acordo com Stern (1995), com o relativo desaparecimento da família extensa, ultimamente os homens cada vez mais têm assumido também a função de suporte emocional das esposas, o que podem desempenhar somente inadequadamente. Neste sentido, afirmou que os homens estão diante de uma tarefa “quase impossível” e que as consequências para o casal dessas transformações familiares ainda não foram suficientemente compreendidas. Assim, em um estudo recente, em contexto de depressão materna, Silva (2007) questionou se é possível que o pai consiga desempenhar essa função de apoio para a mãe, à medida que ele também é mobilizado emocionalmente no puerpério, necessitando, para isso, dispor de recursos emocionais.

Neste sentido, alguns autores têm mencionado a importância de se incluir o pai tanto nas teorias como nas investigações e nas ações de prevenção e intervenção envolvendo a gestação e o puerpério. Nesses momentos, os pais também têm necessidades aumentadas, que deveriam ser reconhecidas, já que necessitará efetuar adaptações a partir da chegada do bebê (Brazelton, 1988). Entende-se que, algumas vezes, o apoio frente às dificuldades de pais na transição para paternidade poderá facilitar o início de seu vínculo com o bebê, a capacidade de sentir as necessidades do recém-nascido e de apoiar sua esposa (Klaus et al., 2000). Entretanto, pesquisas demonstram que os serviços de saúde tendem a excluir os pais (Buist, Morse, & Durkin, 2003; Fletcher, Matthey, & Marley, 2006). Neste sentido, de forma geral, a atenção e o apoio tendem a ser direcionados mais para as mães, e pouca preocupação dos profissionais de saúde parece existir para com o pai de um novo bebê (Brazelton, 1988).

Os estudos destacados até agora retratam angústias, conflitos e adaptações que caracterizam a experiência da paternidade durante a gestação e primeiros meses de vida de um bebê saudável e que nasceu a termo. Quando nasce um bebê pré-termo, somam-se a isso outras angústias e desafios, como apresentado a seguir.

Enquanto alguns estudos envolvendo a paternidade em situação de prematuridade do bebê enfocam a experiência subjetiva através de entrevistas – os quais serão destacados nesta revisão - outra parte, pelo contrário, busca quantificações dos dados através de escalas e questionários. Estas pesquisas quantitativas envolvendo o pai do bebê pré-termo têm avaliado: a

autoestima (Rimmerman & Sheran, 2001), as estratégias de *coping* (Löhr, Gontard, & Roth, 2000; Recchia & Lemétayer, 2005; Rowe & Jones, 2010), sintomas de depressão (Rimmerman & Sheran, 2001), competência parental (Olshtain-Mann & Auslander, 2008), estresse parental (Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Rimmerman & Sheran, 2001; Rowe & Jones, 2010), envolvimento paterno (Rimmerman & Sheran, 2001) e sintomas de estresse pós-traumático (Gamba Szijarto et al., 2009; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003). Parte desses estudos enfocou o período após a alta do bebê pré-termo, que serão descritos mais adiante.

Como se percebe, alguns autores têm avaliado o impacto do nascimento pré-termo na saúde mental do pai. Por exemplo, o estudo de Gamba Szijarto et al. (2009) teve o objetivo de investigar sintomas de estresse pós-traumático no contexto da prematuridade. Participaram 42 casais suíços e seus bebês nascidos pré-termo (menos de 34 semanas de gestação), que foram comparados a um grupo controle, composto por 24 casais e seus respectivos bebês a termo. Os sintomas de estresse pós-traumático foram avaliados através de um instrumento de autoavaliação baseado nos critérios do DSM-IV. Constatou-se que os pais de bebês pré-termo apresentavam menor intensidade de sintomas de estresse pós-traumático quando comparados às mães desses bebês. No entanto, no caso de bebês de alto risco, que apresentavam complicações, os pais apresentaram resultados similares às mães. Por outro lado, ao comparar os pais de bebês pré-termo e a termo, Gamba Szijarto (2009) encontrou maiores escores de sintomas de estresse pós-traumático entre os pais do primeiro grupo.

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Pierrehumbert et al. (2003). O objetivo desse estudo foi comparar as reações pós-traumáticas de famílias suíças com bebê pré-termo entre 25 e 33 semanas de gestação ($n=50$) com um grupo controle de famílias com bebê a termo ($n=25$) aos 18 meses (IC) e avaliar seu efeito no desenvolvimento da criança. Utilizando um questionário de avaliação do transtorno de estresse pós-traumático, eles demonstraram que as famílias de bebês nascidos pré-termo apresentaram maiores indícios de sintomas de estresse pós-traumático. Eles também verificaram que a ocorrência de sintomas de estresse pós-traumático mostrou-se associada à gravidade da prematuridade. As reações pós-traumáticas mostraram-se indiretamente relacionadas a problemas alimentares e de sono do bebê. Com base neste resultado, sugeriram que a ausência ou resolução de reações pós-traumáticas poderia contribuir para reduzir o risco de problemas alimentares e de sono dos bebês pré-termo.

Ainda em relação aos resultados do estudo de Gamba Szijarto et al. (2009), a ocorrência de sintomas de intrusão (sonhos, lembranças, impressões do evento, que suscitam angústia e/ou reações fisiológicas) e evitação (esforços para evitar os pensamentos, lugares ou atividades que

poderiam estimular lembranças) foram mais frequentes tanto em pais como mães de bebês pré-termo, em comparação ao grupo controle, composto de pais e mães de bebês nascidos a termo. Entretanto, os pais de bebês de alto risco apresentaram maior intensidade de sintomas de evitação em comparação àqueles pais de bebês de baixo risco, que não apresentaram complicações clínicas.

Outros pesquisadores também têm demonstrado que as condições clínicas do bebê pré-termo podem influenciar os sentimentos e medos paternos que surgem neste contexto (Barros, Menandro, & Trindade, 2006; Coutinho & Morsch, 2006). No caso de bebês muito pré-termo e com MBP, os pais podiam presenciar situações extremas durante a internação na UTINeo, como apneias, o que intensificava suas angústias e preocupações, aumentando a insegurança (Coutinho & Morsch, 2006). Similarmente, na pesquisa quantitativa descrita acima (Gamba Szijarto et al., 2009), verificou-se que a gravidade da prematuridade aumentava a intensidade dos sintomas de estresse pós-traumático, do mesmo modo que a intensidade dos sintomas de evitação. Esses autores sugerem que tais resultados parecem refletir que a duração da hospitalização e a consequente separação entre o pai e o bebê, que se prolonga em função da gravidade da situação clínica, podem exacerbar as angústias de morte e de separação, podendo dificultar a relação que se estabelecerá entre eles. Por outro lado, um dos fatores que parece contribuir para amenizar a intensidade do sofrimento dos pais é a história prévia de nascimento pré-termo (Barros et al., 2006).

Como visto, o nascimento de um bebê pré-termo é descrito como um evento traumático para os pais, na medida em que tanto a mãe como o bebê estão em uma situação limite entre a vida e a morte. Intensos e diversos sentimentos podem surgir, dentre os quais, alguns autores têm destacado: tristeza, sentimento de insegurança e de irrealidade, desamparo e culpa (Barros et al., 2006; Coutinho & Morsch, 2006; Hollywood & Hollywood, 2011; Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Lebovici, 1987; Löhr et al., 2000; Tronchin & Tsunehiro, 2006).

Por exemplo, no estudo longitudinal realizado por Jackson, Ternstedt e Schollin (2003), foram entrevistados 7 mães e pais suecos de bebês nascidos pré-termo com menos de 34 semanas de gestação em diferentes momentos: 1-2 semanas após o nascimento, o momento da alta, aos 6 meses e aos 18 meses de vida do bebê. Em relação às primeiras semanas após o nascimento do bebê, esses autores destacaram que uma sensação de irrealidade e de alienação foi predominante entre os pais, particularmente entre os que não participaram do parto de seu filho. Segundo os pesquisadores, o parto inesperado e o medo de perder o bebê, tão presentes no período pós-parto, poderiam explicar essa experiência de alienação quando o bebê nasce.

De acordo com alguns autores (Lebovici, 1987; Klaus et al., 2000; Maldonado, 1989), os pais, do mesmo modo que as mães, podem apresentar sentimentos de culpa pelo nascimento pré-termo. Para Klaus et al. (2000), assim como as mães, os pais temem ter feito ou deixado de fazer algo durante a gravidez que possa ter causado o parto pré-termo. Contudo, alguns autores encontraram que os pais dos bebês pré-termo não expressam a culpa que tão frequentemente acompanha a experiência da maternidade (Herzog, Muller-Nix, Mejia, & Ansermet, 2003). Um estudo comparativo entre mães e pais de bebês pré-termo (Recchia & Lemétayer, 2005) corroborou este resultado, mostrando que as mães tendiam a expressar mais culpa do que os pais. Conforme Maldonado (1989), no caso das mães, além da culpa inconsciente, o próprio corpo pode ser vivido por elas como danificado, improdutivo e estragado, enquanto, nos pais, a culpa estaria ligada às fantasias sádicas dirigidas ao corpo da mulher.

Além da culpa pela situação em que se encontra o bebê pré-termo, surge ainda uma série de preocupações: medo da morte do bebê, preocupações em relação à saúde e temores ligados às consequências da prematuridade para o desenvolvimento do bebê (Coutinho & Morsch, 2006; Dornelles, 2009; Jackson et al., 2003; Löhr et al., 2000; Tronchin & Tsunehiro, 2006). Particularmente, no estudo de Dornelles (2009) que investigou 3 casais que engravidaram por técnicas de reprodução assistida da gestação aos 3 meses de vida do bebê constatou-se que os pais temiam sequelas e/ou a perda do bebê, podendo sentir-se incapazes de garantir sua sobrevivência.

No contexto da prematuridade, como comentado anteriormente, os primeiros encontros com o filho e a relação com o bebê acontecem em uma UTINeo. Durante as primeiras semanas, o bebê possivelmente estará na incubadora, o que pode gerar inúmeras ansiedades e temores, podendo interferir na relação que se inicia com o bebê. Em um estudo qualitativo com 5 pais de bebês pré-termo, entre 24 e 30 semanas de gestação, Hollywood e Hollywood (2011) encontraram que os pais temiam tocar o bebê devido ao risco de infecção, sentindo-se desamparados e com medo em relação à evolução e futuro do bebê. Já no estudo de Feijó (1998) sobre avaliação de uma intervenção com 12 bebês pré-termo ($M= 31$ semanas de gestação), algumas mães descreveram que os pais estavam angustiados e com dificuldades de entrar na UTINeo e aproximar-se do bebê. Cabe destacar que, apesar das angústias e temores exacerbados durante a internação do bebê pré-termo, os resultados de diversas pesquisas mostram a presença de satisfação com a paternidade, felicidade, esperança, otimismo e alívio pela sobrevivência do bebê (Barros et al., 2006; Blake, 2002; Lindberg, Axelsson, & Öhring, 2008; Löhr et al., 2000; Waldow, 2007). Mais ainda, Coutinho e Morsch (2006) sugeriram que os pais podem apresentar uma resposta ao recém-nascido denominada em inglês de *engrossment*, que envolve uma

absorção pela presença do bebê e intensa emoção diante do seu nascimento. Conforme Klaus et al. (2000), este conceito foi utilizado por Greenberg e Morris no ano de 1974 para referir-se ao contexto do nascimento a termo, onde aparece o interesse, a preocupação e a atração que os pais sentem em relação ao recém-nascido, incluindo um extremo orgulho e aumento da autoestima.

Em se tratando da prematuridade, por outro lado, uma das particularidades é que o pai, geralmente, será o primeiro a conhecer o bebê durante a internação na UTINeo (Druon, 1999) e iniciar o vínculo com ele. Mais ainda, se a mãe e o bebê estão internados em hospitais distintos, o pai será o único a manter contato direto com o bebê, o que pode intensificar o vínculo pai-bebê (Tracey, 2002). Sendo assim, diferentemente do que frequentemente é observado nas relações entre pai, mãe e bebê a termo, neste contexto os pais estabelecem uma identificação com o bebê e podem reivindicar ser “o primeiro a chegar” (Druon, 1999). Estudos empíricos têm evidenciado que os pais mostram-se capazes de se identificar com o bebê, que se encontra entre a vida e a morte, e interpretar as necessidades dele (Dornelles, 2009; Lindberg et al., 2008; Tracey, 2002). Tracey (2002) sugeriu que o pai poderá apresentar inclusive um estado de preocupação em relação ao bebê – semelhante ao estado de “preocupação materna primária” postulado por Winnicott – que incluirá também a preocupação com a sobrevivência da esposa.

Nessa perspectiva, na investigação de Lindberg et al (2008) com 8 pais de bebês pré-termo entre 25 a 34 semanas de gestação, a oportunidade de conhecê-lo durante o período da hospitalização propiciou o vínculo e a capacidade de ajustar-se a ele. Ainda dentre os resultados deste estudo qualitativo, constatou-se que os pais alteravam a alocação do tempo e das atividades, diminuindo o tempo despendido em outras atividades e focando seu interesse na criança. Cabe ressaltar que esta pesquisa foi desenvolvida na Suécia, cuja política de seguridade social permite uma licença de trabalho aos pais de bebês pré-termo, durante a qual recebem 80% do salário. Dessa forma, neste país, o vínculo pai-bebê pôde ser facilitado pela possibilidade de maior envolvimento no cuidado do bebê e pelo desenvolvimento de habilidades parentais, ainda durante a internação em UTINeo, o que corrobora estudos anteriores. Nesse sentido, outro estudo demonstrou que o trabalho é um dos fatores que influenciará o envolvimento paterno, podendo interferir na duração e frequência das visitas ao bebê, enquanto, para alguns pais, servirá como uma “distração”, favorecendo a diminuição de ansiedades e preocupações durante a internação do bebê (Hollywood & Hollywood, 2011).

De forma semelhante, um estudo que investigou o processo de apego na UTINeo (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008), a partir de comparações entre mães ($n=6$) e pais ($n=6$) de bebês muito pré-termo, demonstrou que, após o nascimento do bebê, os pais se envolviam imediatamente com seu filho, o que parecia relacionado às experiências de contato físico e

incentivo de aproximação pelas suas esposas e equipe. Além disso, esses pesquisadores descreveram que o envolvimento com o bebê durante a internação na UTINeo também contribuiu para diminuir as preocupações em relação à situação clínica e favorecer o sentimento de confiança e a autoestima dos pais.

No caso de um parto pré-termo, diferentemente do que ocorre no parto a termo, para Herzog et al. (2003), os pais necessitam assumir seu papel de pai prematuramente em relação ao bebê, assim como, fornecer um suporte terapêutico às mães, permitindo, em certa medida, apaziguar a culpa materna. Neste sentido, durante a hospitalização do bebê, os pais poderão exercer um papel ativo, tanto em relação a este como em relação à mãe, podendo possibilitar que a relação mãe-bebê não seja tão marcada pelo trauma provocado pelo nascimento pré-termo. Druon (1999) destacou que, por exemplo, na primeira visita, os pais ocupam um lugar de intermediário entre a mãe e o bebê, podendo adiá-la a fim de proteger as mães. A pesquisa conduzida por Esteves (2009) com mães de bebês nascidos pré-termo entre 28 e 34 semanas de gestação também sugeriu que o apoio do pai poderá favorecer o estabelecimento da preocupação materna primária e o vínculo mãe-bebê.

Assim, o pai de um bebê pré-termo tem inúmeros papéis e funções que envolvem desde o suporte emocional à esposa até a relação com a equipe de saúde (Tracey, 2002). Considerando a necessidade de exercer papéis em relação ao bebê e à esposa, Rimmerman e Sheran (2001) sugeriram que sejam desenvolvidas intervenções voltadas para os pais, que devem conciliar diversos papéis, em particular, o papel de apoio às mães e de interação com o recém-nascido.

Neste sentido, alguns autores, a partir de estudos quantitativos, têm avaliado as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais no contexto da prematuridade (Löhr et al., 2000; Recchia & Lemétayer, 2005). Por exemplo, a pesquisa de Recchia e Lemétayer (2005) com 21 pais e 25 mães de bebês pré-termo, em sua maioria de MBP (70%) verificou, através de uma escala, que alguns pais podem ter riscos maiores para lidarem com esta situação em função de suas estratégias não-adaptativas. Ao contrário do que ocorreu com as mães, alguns pais deste estudo tenderam a utilizar estratégias de *coping* que não os auxiliavam a diminuir as ansiedades, podendo ocasionar dificuldades na interação com o bebê. Também os pais tendiam a expressar menos suas dificuldades e emoções em comparação às mães. Ainda neste estudo, a partir de comparações de traços de personalidade entre pais e mães de bebês pré-termo, Recchia e Lemétayer verificaram que os pais tendem a ser mais vulneráveis ao estresse.

O estudo de Löhr, Gontard e Roth (2000) também avaliou estratégias de *coping* entre pais durante as primeiras semanas de vida do bebê pré-termo, evidenciando que a estratégia de enfrentamento mais importante durante esse período era mobilizar apoio social. Resultado

semelhante foi descrito no estudo de Coutinho e Morsch (2006), que consideraram importante uma rede de apoio, a fim de auxiliar os pais a lidar com a situação de nascimento do bebê pré-termo.

Ainda em relação à experiência da paternidade no contexto da prematuridade, um dos poucos estudos nacionais encontrados investigou o período de internação em UTINeo. Ao investigar 12 pais cariocas de bebês pré-termo, com peso entre 575 e 1.990g ($M=1.202g$), em sua maioria nascidos com menos de 28 semanas de gestação e que não apresentavam um estado clínico grave no momento da entrevista, Coutinho e Morsch (2006) sugeriram que os pais apresentavam os mesmos temas da *constelação da maternidade* propostos por Stern (1995), já referidos anteriormente. Com base nestes conceitos, as autoras encontraram que os pais demonstraram preocupações relativas ao desenvolvimento físico, à sobrevivência e à alimentação do bebê, e, também, medo de sequelas e de que o bebê parasse de respirar. Também mostraram-se sensíveis, muito disponíveis afetivamente e capazes de reconhecer as necessidades físicas e afetivas de seus bebês, assim como os pais também necessitavam reorganizar sua identidade a partir do nascimento do bebê.

Por fim, através da revisão de literatura, percebe-se que muitos dos estudos têm enfatizado a paternidade durante a internação do bebê pré-termo (Barros et al., 2006; Coutinho & Morsch, 2006; Herzog et al., 2003; Lindberg, Axelsson, & Öhrling, 2007; Lindberg et al., 2008; Löhr et al., 2000; Recchia & Lemétayer, 2005; Waldow, 2007), enquanto poucos têm focado o período após a alta do hospital (Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Rimmerman & Sheran, 2001; Rowe & Jones, 2010; Tronchin & Tsunehiro, 2006). Destes, entre os estudos revisados, apenas um investigou o período da pré-alta (Rowe & Jones, 2010).

Evidências empíricas sugerem que, mesmo após a alta do bebê pré-termo, os pais continuam preocupados e ansiosos diante da responsabilidade pelo cuidado da criança, o que gera angústia, medo, cansaço e um sentimento de insegurança (Dornelles, 2009; Jackson et al., 2003; Tronchin & Tsunehiro, 2006). No estudo longitudinal de Jackson et al. (2003), já descrito anteriormente, que entrevistou os pais no momento da alta da UTINeo, estes relataram preocupações, particularmente em relação à alimentação e respiração do bebê. Em função disso, buscavam verificar constantemente se o bebê estava respirando, o que, na verdade, é também um comportamento presente no período da internação do bebê.

Através de escalas, estudos quantitativos têm demonstrado que, mesmo após a alta hospitalar, os pais de bebês pré-termo apresentam altos níveis de estresse comparados aos pais de bebês a termo (Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Rimmerman & Sheran, 2001). Por exemplo, o estudo de Rimmerman e Sheran (2001), que comparou pais israelenses de bebês a termo

($n=58$) e bebês pré-termo ($n=62$), verificou que, alguns dias após alta do hospital, os pais de bebês pré-termo apresentavam índices maiores de estresse parental e de sintomas depressivos, assim como menores escores de envolvimento paterno. Nessa mesma direção, o estudo de Oshtain-Mann e Auslander (2008), que avaliou famílias com bebê nascido pré-termo com menos de 36 semanas de gestação ($n=80$) e a termo ($n=80$), após dois meses da alta hospitalar, revelou que, mesmo neste período, apareceram altos níveis de estresse em pais de bebês pré-termo, particularmente em caso de complicações clínicas. Além disso, de acordo com Muller-Nix e Forcada-Guex (2009), a incerteza em relação ao futuro do bebê tem sido apontada como um dos sentimentos mais difíceis de suportar tanto durante a internação na UTINeo quanto após a alta hospitalar.

Através da revisão da literatura, percebeu-se que há inconsistências no que se refere à ansiedade parental neste período pós-alta. Os estudos descritos acima apontam para a manutenção da ansiedade, enquanto outros têm indicado uma redução acentuada. Por exemplo, o estudo de Rowe e Jones (2010) examinou 25 pais australianos de bebês pré-termo com menos de 30 semanas de gestação e com MBP antes e após a alta hospitalar do bebê. Os autores evidenciaram menores escores de estresse percebido aos 3 meses após a alta hospitalar. Neste sentido, a literatura também tem mostrado que a intensa ansiedade inicial tende a diminuir com o passar do tempo, surgindo, após a alta hospitalar, alegria, confiança na capacidade de ser um bom pai e um sentimento de competência (Dornelles, 2009; Miles & Holditch-Davis, 1997; Tronchin & Tsunehiro, 2006). Do mesmo modo, no estudo de Rimermann e Sheran (2001), descrito acima, os pais de bebês pré-termo mostraram-se satisfeitos e apresentaram autoestima elevada como os pais de bebês a termo.

No que diz respeito à competência paterna percebida no período após a alta, não foram encontrados relatos de diferenças significativas entre pais de bebês pré-termo e a termo (Oshtain-Mann & Auslander, 2008). No entanto, nessa pesquisa, verificaram-se escores mais elevados nos pais com mais idade e cujo bebê era do sexo masculino. Por outro lado, quanto mais alto o nível educacional, menor a competência percebida. Conforme esses pesquisadores, pode-se pensar que pais mais velhos têm mais probabilidade de ter tido outros filhos, o que possibilitaria experiências prévias e sentimento de competência parental. Da mesma forma, é provável que pais com maior escolaridade estejam mais conscientes das incertezas que cercam a gestação e o parto e tenham maiores expectativas em relação ao desenvolvimento de seus filhos. Estes resultados indicaram que as características do bebê e do próprio pai devem ser consideradas na análise da experiência da paternidade neste contexto.

Por fim, aos seis meses de vida do bebê, o estudo longitudinal desenvolvido por Jackson et al. (2003) constatou que os pais mostravam-se menos preocupados em relação à situação de saúde do/a filho/a e mais seguros quanto aos cuidados, com exceção daqueles com menor peso. Para esses autores, mesmo nesta etapa de vida do bebê, há um sentimento de inadequação e culpa pela impossibilidade de apoiar a esposa e participar dos cuidados com o bebê como desejariam, devido às atividades profissionais. De todo modo, os participantes dessa pesquisa referiram mudanças na alocação do tempo e prioridade desde o nascimento do bebê. Aos 18 meses de vida da criança, as preocupações e o sentimento de insegurança em relação à sua saúde haviam diminuído ainda mais, assim como o tempo despendido com ela.

Juntos, estes estudos apontam para a escassez e as inconsistências das pesquisas que enfocam a paternidade no contexto do nascimento pré-termo, no período após a alta hospitalar. Não só o período do pós-parto e toda a internação são importantes para a constituição da paternidade no contexto da prematuridade, mas também os primeiros meses após a alta hospitalar, quando os pais precisam desempenhar alguns papéis específicos nesse contexto complexo de nascimento.

1.6 Justificativa e Objetivos

Como descrito anteriormente, o nascimento pré-termo é um dos problemas de saúde perinatal mais frequentes no mundo (Beck et al., 2010). Nas últimas décadas, no Brasil, houve um aumento da prevalência de nascimentos pré-termo (Barros et al., 2005; Silveira et al., 2008). Mesmo com a possibilidade de sobrevivência dos bebês pré-termo, inclusive de bebês com EBP e imaturidade, a prematuridade ainda está associada à mortalidade neonatal (Silveira et al., 2008). Além disso, o nascimento pré-termo está associado a riscos para o desenvolvimento cerebral, cognitivo e socioemocional, particularmente, em bebês nascidos muito pré-termo e com menor peso (Linhares et al., 2000; Linhares et al., 2003; Tucker & McGuire, 2004).

Além do impacto para o desenvolvimento do bebê pré-termo, a literatura descreve a prematuridade como uma crise emocionalmente traumática para as mães e pais (Blake, 2002; Coutinho & Morsch, 2006; Löhr et al., 2000; Tracey, 2002). Trata-se de uma situação atípica, que pode suscitar tristeza, impotência, sentimento de insegurança e irrealidade, desamparo, culpa e temor relativo à possível morte do bebê e sequelas para o seu desenvolvimento (Blake, 2002; Coutinho & Morsch, 2006; Hollywood & Hollywood, 2011; Jackson et al., 2003; Löhr et al., 2000; Miles & Holditch-Davis, 1997).

No contexto da prematuridade, o bebê precisa permanecer internado em UTINeo desde o nascimento. Em alguns casos, a sua situação clínica poderá exigir longo período de hospitalização. Neste sentido, pode ser uma situação de risco para o vínculo mães-pais-bebê tanto em função das características do próprio bebê como pela separação inicial (Andreani et al., 2006; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus et al., 2000; Maldonado & Dickstein, 1996).

Assim, estudos empíricos e teóricos destacam o impacto da prematuridade tanto para a relação mãe-bebê e pai-bebê como para o desenvolvimento do bebê. Da mesma forma, a literatura destaca a importância do pai neste contexto, pela possibilidade de exercer o papel de apoio para a mãe no estabelecimento das relações iniciais com o bebê (Esteves, 2009; Herzog et al., 2003). Este apoio poderá ser fundamental pelas dificuldades na relação inicial mãe-bebê decorrentes dessa situação.

No entanto, a grande maioria dos estudos centra-se na investigação da maternidade e da interação mãe-bebê neste contexto. Com bem menos frequência há estudos investigando os pais. De modo geral, verificou-se que várias pesquisas envolvem metodologias quantitativas (Gamba Szijarto et al., 2009; Löhr et al., 2000; Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Pierrehumbert et al., 2003; Recchia & Lemétayer, 2005; Rimmerman & Sheran, 2001), que não tem investigado os aspectos subjetivos da experiência da paternidade. Além disso, dentre os estudos qualitativos, percebe-se que poucos têm se dedicado à investigação da experiência de tornar-se pai de bebê pré-termo (Barros et al., 2006; Coutinho & Morsch, 2006; Hollywood & Hollywood, 2011; Lindberg et al., 2007, 2008; Tronchin & Tsunehiro, 2006).

Entretanto, a paternidade no contexto da prematuridade tem sido associada a sintomas depressivos (Rimmerman & Sheran, 2001), estresse parental (Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Rimmerman & Sheran, 2001), sintomas de estresse pós-traumático (Gamba Szijarto et al., 2009; Pierrehumbert et al., 2003) e estratégias de *coping* não-adaptativas (Recchia & Lemétayer, 2005). Por outro lado, os estudos também sugerem que os pais apresentam satisfação com a paternidade, felicidade, esperança, otimismo e alívio pela sobrevivência do bebê (Barros et al., 2006; Blake, 2002; Lindberg et al., 2008; Löhr et al., 2000; Waldow, 2007)

Neste sentido, o presente estudo teve o objetivo de investigar a experiência da paternidade no contexto da prematuridade desde a internação do bebê até o 3º mês após a sua alta hospitalar. Buscou-se ainda investigar a experiência da gestação de forma retrospectiva. Além disso, buscou-se examinar as particularidades e semelhanças entre pais de bebês nascidos pré-termo com diversas características clínicas (quanto à idade gestacional e peso) e diferentes situações de paternidade (primíparo ou múltiparo).

Levando em consideração os estudos revisados, a expectativa inicial era que os pais apresentassem, durante a internação na UTINeo, intensa ansiedade e medo da morte do bebê nascido pré-termo, particularmente entre aqueles com filhos com EBP e extrema prematuridade. Por outro lado, esperava-se que ocorresse uma diminuição na intensidade do sofrimento psíquico dos pais após a alta hospitalar, embora preocupações relativas ao futuro desenvolvimento do bebê possivelmente persistissem ainda nesse período. Além disso, esperava-se que, apesar das dificuldades associadas à prematuridade, os pais apresentassem envolvimento emocional com seu bebê, mostrando-se sensíveis às necessidades do seu filho e capazes de estabelecer um vínculo com ele, especialmente após a alta do bebê.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram desse estudo três pais de bebês nascidos pré-termo, com idades entre 27 e 45 anos e que residiam com a mãe do bebê, sendo que apenas um era legalmente casado. Dois pais eram primíparos, e um dos participantes era múltiparo. Os pais apresentavam nível socioeconômico⁶ médio ou médio alto, sendo que dois tinham ensino superior incompleto e um tinha ensino médio completo. Os bebês apresentaram diferentes características clínicas ao nascer, incluindo um bebê nascido “extremamente pré-termo” e com EBP, um bebê nascido “muito pré-termo” e com MBP e um bebê nascido “moderadamente pré-termo” e com BP. Mesmo estando em tratamento na UTINeo desde o nascimento, os bebês não apresentaram complicações clínicas sérias durante a internação ou após a alta hospitalar.

A definição do número de participantes desse estudo se deve ao interesse da autora em entender cada um dos casos em si (Stake, 1994), sem se preocupar em buscar a saturação das respostas, o que implicaria num número maior de participantes (Barker, Pistrang, & Elliot, 1994). Conforme destacado por Stake (1994), nos estudos de caso, o interesse do pesquisador será otimizar a compreensão do caso mais do que a generalização para além dele. Em relação à escolha dos casos, este autor sugere que o principal critério a ser utilizado é o entendimento do fenômeno de interesse possibilitado pelo caso. Para tanto, os casos podem ser heterogêneos, como os que participaram do presente estudo, tendo em vista a dificuldade de ser ter casos homogêneos em situações tão complexas como aquelas envolvendo o nascimento de uma criança pré-termo e ainda considerando que o tema investigado envolve inúmeros aspectos subjetivos.

Os pais foram selecionados dentre os participantes do projeto longitudinal “*Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*” – PREPAR (Piccinini, Lopes, Esteves, Anton, & Oliveira, 2009b). Este projeto longitudinal é composto de dois estudos. O primeiro estudo envolveu 91 mães e pais de bebês nascidos pré-termo que estão sendo acompanhados desde a internação em UTINeo até o 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Já o segundo estudo incluiu 24 bebês nascidos pré-termo e suas

⁶ De acordo com Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2009), as famílias são provenientes da classe econômica B, o que corresponde à renda média familiar entre 4.418 e 2.565 reais.

mães, para os quais foi oferecida uma intervenção psicológica durante a internação do bebê na UTINeo.

No Estudo 1, eram incluídos apenas aquelas famílias cujos bebês nascidos pré-termo não apresentavam malformação congênita, impedimentos significativos do sensório e/ou meningites e cujas mães não eram usuárias de drogas ou portadoras do HIV/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

Para fins do presente estudo, dentre os 8 casais⁷ do Estudo 1 do PREPAR acompanhados pela autora, foram selecionados os três pais (das famílias) que tinham concluído a coleta de dados no período pós-parto e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê e atenderam os seguintes critérios: ter entre 25 e 45 anos de idade, residirem com a mãe do seu bebê e o respectivo bebê ter menos de 34 semanas de gestação e não apresentar sérias complicações clínicas. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos pais e as características clínicas dos bebês ao nascer.

Tabela 1: *Características sociodemográficas dos pais, características clínicas e tempo de internação dos bebês*⁸

Caso/Pai	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Bebê	Sexo	Peso ⁹	IGO ¹⁰	Tempo de internação
1/ Gabriel	27	Casado	Superior Incompleto	Ana Beatriz (1º filho)	Feminino	MBP	28	2 meses e 4 dias
2/ Paulo	45	União Estável	2º grau completo	Valentina (1º filho)	Feminino	EBP	27	2 meses e 5 dias
3/ João	33	União Estável	Superior Incompleto	Carolina (3º filho)	Feminino	BP	33	28 dias

2.2 Delineamento e Procedimento

⁷ O primeiro caso acompanhado pela autora não será analisado devido à inclusão da *Entrevista sobre a experiência da paternidade na gestação e no parto no contexto da prematuridade*, que inicialmente não estava prevista no projeto longitudinal do qual deriva o presente estudo. Além disso, quatro pais não concluíram as duas etapas de coleta de dados previstas neste estudo (internação e pós-alta). Dois pais, ambos com filhos do sexo masculino, referiram dificuldades de conciliar o horário de trabalho, as visitas ao filho e o agendamento das entrevistas: um deles era múltiparo de um bebê nascido pré-termo com MBP e PIG; e o outro, primíparo de um bebê com MBP. Os demais não chegaram a justificar sua desistência. Estes últimos eram primíparos e pais de bebês nascidos pré-termo com EBP, PIG e do sexo masculino.

⁸ Todos os nomes utilizados no presente estudo são fictícios, visando evitar a identificação do bebê e de sua família.

⁹ Peso ao nascer.

¹⁰ Idade gestacional obstétrica em semanas.

Foi utilizado um delineamento longitudinal de estudo de caso coletivo, de caráter longitudinal (Stake, 1994), buscando compreender a experiência da paternidade no contexto da prematuridade desde a internação do bebê após seu nascimento até o 3º mês após a sua alta hospitalar. Em cada um dos casos, examinaram-se as representações paternas a respeito de si mesmo, a respeito do bebê, a respeito da família de origem e a relação pai-bebê. Para tanto, foram examinados os conteúdos manifestos e latentes das verbalizações ao longo das entrevistas. Além de buscar a compreensão de cada caso, foram examinadas as semelhanças entre os casos estudados.

Como parte do Estudo 1 do PREPAR, os participantes foram contatados em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal de hospitais de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) do Sul do país. O PREPAR envolvia a aplicação de diversos instrumentos em cada uma das fases de coleta de dados, conforme detalhado em Piccinini et al. (2009b). Contudo, descrevem-se a seguir apenas aqueles cujos dados foram utilizados nesse estudo. Durante a internação do bebê, após o convite inicialmente feito às mães, os pais também foram convidados a participar do projeto¹¹, sendo contatados na UTINeo ou por telefone em torno de 3-4 semanas após o nascimento do bebê, quando os bebês, de modo geral, apresentavam-se em condições clínicas estáveis. Com aqueles que concordaram em participar, era agendado um primeiro encontro na UTINeo onde seus filhos estavam internados. Neste primeiro encontro, assinavam o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo A), sendo realizada a *Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade no pós-parto* e aplicado o *Inventário de Ansiedade de Beck*, sempre após a realização da entrevista. No final deste encontro, era agendado um novo encontro, ainda durante a internação do bebê, quando era realizada a *Entrevista sobre a experiência da paternidade na gestação e no parto no contexto da prematuridade*. Diversas informações que foram coletadas durante a internação do bebê também foram consideradas para o presente estudo, entre elas aquelas derivadas da *Entrevista de dados sociodemográficos da família*, comumente respondida pelas mães, e também informações da *Ficha de dados clínicos gestacionais*, da *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe no pós-parto*, do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* e da *Escala Edinburgh de Depressão (EPDS)*.

Por fim, no 3º mês após a alta hospitalar do bebê, as famílias foram contatadas novamente a fim de agendar uma visita à residência, quando os pais responderam à *Entrevista*

¹¹ Conforme previsto no PREPAR, cada pesquisador ficou responsável por acompanhar pelo menos 10 famílias de bebês nascidos pré-termo. A autora realizou entrevistas com 13 mães de bebês nascidos pré-termo. Os respectivos companheiros também foram convidados quando foi possível. Uma das mães era solteira, e outra residia em uma cidade há mais de 200 km de Porto Alegre, o que impossibilitou a visita do pai ao seu filho durante o período de internação na UTINeo. Outro pai sofreu um acidente de trabalho, impossibilitando o agendamento de entrevista. Dentre os 10 pais convidados, apenas um não aceitou participar da pesquisa, e outro não compareceu à entrevista agendada, não se disponibilizando a agendar novo horário em função do trabalho.

sobre a paternidade no contexto da prematuridade na pós-alta. Ao final deste encontro, também era aplicado o *Inventário de Ansiedade de Beck*.

Durante a internação do bebê, de forma geral, os participantes foram entrevistados individualmente em alguma sala dentro do hospital. No entanto, levando em consideração a realidade de um dos hospitais, em um dos casos, as entrevistas ocorreram no pátio ou em alguma sala de espera dentro da própria instituição em horários de menor circulação de pacientes, familiares e profissionais. Após a alta hospitalar do bebê, todas as entrevistas foram agendadas na residência das famílias em dia e horário estabelecido conforme a disponibilidade dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio.

2.3 Instrumentos

Entrevista de dados sociodemográficos da família (NUDIF, 2009a): essa entrevista tem como objetivo obter informações sociodemográficas, tais como: idade do pai e da mãe, escolaridade, religião, situação profissional, moradia e etnia do casal. (Anexo B)

Ficha de dados clínicos gestacionais (NUDIF, 2009b): essa ficha foi preenchida com base nas informações disponíveis nos prontuários do bebê e, quando possível, no da mãe, bem como nas informações verbalizadas pela mãe. Foram registradas as informações sobre o acompanhamento pré-natal, exames realizados, dados sobre a saúde da gestante e indicações da equipe que a acompanhou. (Anexo C)

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe no pós-parto (NUDIF, 2009c): foi utilizada para se registrar informações iniciais sobre o bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento), bem como sobre sua evolução clínica desde o nascimento. Estas informações foram obtidas junto ao prontuário e através das enfermeiras e/ou médicos da UTINeo. Esta ficha foi aplicada durante a internação do bebê. (Anexo D)

Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade no pós-parto (NUDIF, 2009d): esta entrevista investigou a experiência da paternidade no período da internação do bebê na UTINeo e é composta por seis blocos de questões: a experiência na UTI Neonatal; a relação pai-bebê; a experiência como pai do bebê pré-termo; a relação com equipe da UTI Neonatal; a percepção sobre a mãe do bebê; e a rede de apoio do pai. Trata-se de uma entrevista semiestruturada, realizada de forma semidirigida na qual o pai foi solicitado a falar sobre

diversos temas relacionados a sua experiência como pai de um bebê nascido pré-termo. (Anexo E)

Entrevista sobre a experiência da paternidade na gestação e no parto no contexto da prematuridade (NUDIF, 2009e): esta entrevista visa investigar a experiência da paternidade em situação de nascimento pré-termo, buscando identificar os sentimentos e as percepções do pai frente à gestação, ao parto e aos primeiros contatos com o bebê. Esta entrevista foi adaptada de uma similar do projeto PREPAR, realizada com as mães, intitulada “Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade”. Trata-se de uma entrevista semiestruturada, realizada de forma semidirigida, que é composta por quatro blocos de questões: a experiência da gestação e as mudanças percebidas após a notícia da gestação; as percepções paternas sobre o bebê na gestação; a percepção e sentimentos diante do parto; o primeiro contato do pai com o bebê e, mais especificamente, os sentimentos frente à primeira impressão sobre o bebê e os primeiros contatos com o bebê no hospital. (Anexo F)

Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade na pós-alta (NUDIF, 2009f): esta entrevista investigou a experiência da paternidade no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Trata-se de uma entrevista semiestruturada, realizada de forma semidirigida, que é composta de seis blocos de questões: a experiência e rotina em casa; a relação pai-bebê; a experiência como pai do bebê pré-termo; percepção sobre a mãe do bebê; rede de apoio do pai; os sentimentos e percepções em relação à alta. (Anexo G)

Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986): esse questionário visou obter informações acerca do estado emocional das mães, possibilitando identificar distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária. Conforme sugerido por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), foi utilizado o ponto de corte (escore igual ou maior a 8) para identificação de casos positivos para transtornos não-psicóticos. (ANEXO H)

Escala *Edinburgh* de Depressão (Santos et al., 2007): Esse instrumento foi utilizado para identificar depressão pós-parto. Trata-se de uma escala com 10 itens, cada um com quatro alternativas, com graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. De acordo com a validação brasileira realizada por Santos e colegas (2007), para rastrear casos moderados e graves, o ponto de corte sugerido é um escore igual ou maior a 11. (ANEXO I)

Inventário Beck de Ansiedade (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Cunha, 2001): esse instrumento foi utilizado para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade. O inventário contém uma lista de 21 sintomas de ansiedade, que devem ser avaliadas pelo participante, numa escala de 4 pontos, em ordem crescente do nível de ansiedade. De acordo com as normas da versão em português, a classificação brasileira da intensidade da ansiedade, com base nos escores, é a seguinte: 0-10 nível mínimo; 11-19 leve; 20-30 moderado; e 31-63 grave.

2.4 Considerações éticas

Na elaboração de pesquisas envolvendo seres humanos, devem ser respeitados princípios éticos, conforme Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Dessa forma, a autonomia dos participantes deste estudo foi assegurada. Assim, os participantes eram informados a respeito dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, decidindo livremente em relação à sua participação. Da mesma forma, os participantes podiam não participar do estudo ou desistir em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo quanto ao atendimento recebido no hospital, como ocorreu em alguns casos. O *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foi assinado em duas cópias pelos participantes, que permaneceram com uma das cópias.

Foram respeitadas a privacidade e a confidencialidade dos participantes. Para tanto, as entrevistas e questionários foram arquivados e serão mantidos em sigilo no Instituto de Psicologia da UFRGS. Em nenhum momento de apresentação dos dados da pesquisa, os participantes foram ou serão identificados. Neste sentido, informações sobre dados profissionais serão modificadas, visando preservar a identidade dos participantes.

Outro aspecto ético importante foi a ponderação entre riscos e benefícios implicados nesta pesquisa. Apesar das entrevistas mobilizarem intensos sentimentos negativos, entende-se que os benefícios do presente estudo foram maiores do que seus riscos mínimos. Em relação aos possíveis benefícios deste estudo, entende-se que as entrevistas podem ter possibilitado um espaço de escuta e reflexão aos pais, em particular durante a internação na UTINeo. Espera-se também que este estudo possa contribuir para produção do conhecimento na área da Psicologia e para o planejamento de intervenções que promovam o bem-estar de pais, mães e bebês no contexto da prematuridade. Por fim, ressalta-se que, em um dos casos, foi constatada a necessidade de acompanhamento psicoterápico da esposa de um dos participantes, durante a internação do bebê na UTINeo, sendo sugerido encaminhamento para o recurso terapêutico disponível no hospital, que a mesma não aceitou. Posteriormente, uma semana após a alta

hospitalar do bebê, em visita à residência do casal, foi novamente sugerido acompanhamento psicoterápico, o qual foi iniciado pela esposa uns dois meses depois da alta do bebê em clínica de sua própria escolha.

O projeto longitudinal, do qual este estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Processo nº 22009015/2009), pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Processo nº 07/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Processo no 063/09).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

O presente estudo investigou a experiência da paternidade no contexto da prematuridade desde a internação do bebê em UTINEo até o 3º mês após a sua alta hospitalar. Procurou-se investigar diversos períodos do processo de transição para a paternidade: gestação, parto, internação do bebê e terceiro mês após a alta do bebê. Além disso, se analisou as particularidades e as similaridades entre os pais de bebês nascidos pré-termo que apresentaram diferentes características clínicas como por exemplo, idade gestacional e peso, e que representassem diferentes situações de paternidade. Os resultados do presente estudo apoiaram parcialmente as expectativas iniciais de que os pais de bebês nascidos com EBP e extrema prematuridade apresentariam maiores ansiedades e temores durante a internação. Os resultados revelaram o sofrimento dos pais relacionado à situação de pré-eclâmpsia, já durante a gestação, e à condição de vulnerabilidade do bebê nascido pré-termo, em particular entre aqueles cujos bebês apresentaram menor peso e idade gestacional. Do mesmo modo, os resultados apoiaram em grande parte as expectativas iniciais de que os pais estariam envolvidos emocionalmente e vinculados aos bebês particularmente após a alta hospitalar e de que ocorreria uma diminuição na intensidade do sofrimento psíquico dos pais nesse período. Levando em consideração a complexidade do tema investigado e as extensas análises já apresentadas no capítulo III, a seguir serão destacados os resultados mais relevantes do presente estudo que serão discutidos à luz da literatura.

Quanto às *representações do pai acerca de si mesmo como pai*, todos os pais do presente estudo apresentaram significativas mudanças nas suas vidas a partir do nascimento da filha a fim de adaptarem-se à relação com o novo bebê, indicando que estaria ocorrendo o que Stern (1995) denominou de processo de reorganização da identidade. Entretanto, esse processo se iniciou em momentos diferentes. Para os pais que almejavam a paternidade (Caso 1/Gabriel e Caso 2/Paulo), ambos primíparos, o papel paterno tornou-se central desde o nascimento do bebê, possibilitando que estivessem bastante ativos e dedicados aos cuidados com a filha imediatamente após o parto. Já, no caso em que o pai relatou que não desejava ter outros filhos (Caso 3/João), apesar de já ter duas meninas, as eventuais transformações na sua identidade ainda se processavam durante a pós-alta, e a tarefa de conciliar o seu papel como pai e outros interesses envolveu maiores conflitos. Essas dificuldades pareciam particularmente relacionadas à história da gravidez, não planejada e desejada por esse pai, e à situação conjugal naquele

período, caracterizada por conflitos, rejeição e indignação, sentimentos suscitados pela notícia da gestação. Neste sentido, entre outros aspectos, ficou evidente a influência de características da relação conjugal no processo de tornar-se pai, como já apontado por outros autores (Lee, 2007). Por outro lado, essas dificuldades de assumir o papel paterno, tornando-o central em sua vida durante os primeiros anos de vida da filha poderiam ser explicadas em parte pelo fato de que, para os homens, como salientado por Stern (1995), a reorganização da identidade costuma se processar ao longo dos primeiros anos da criança.

Especificamente, com relação à gestação, embora abreviada neste contexto, esse período revelou-se uma etapa importante no processo de transição para a paternidade. Para um dos participantes (Caso 1/Gabriel), algumas mudanças físicas (no caso, diminuição de peso) e alterações de hábitos alimentares aconteceram durante esse período, indicando uma identificação com a esposa gestante e o envolvimento com a gestação, conforme apontado na literatura (De Martini et al., 2010). Diferentemente dos outros participantes, por todo seu envolvimento, esse pai acompanhou todas as consultas do pré-natal e as ultrassonografias, o que colaborou mais ainda para torná-lo um pai bastante presente, afetivo e conectado à filha ainda durante a gestação. Pode-se pensar que, além de outros fatores, o planejamento da gravidez pelo casal também tenha facilitado sua preparação psicológica para a chegada de um bebê, mesmo antes da notícia da gestação. Outrossim, provavelmente, por não sentir-se excluído durante a gestação, diferente dos resultados apontados por outras investigações (Krob et al., 2009; Raphael-Leff, 1997), ele mostrava-se bastante implicado no papel paterno desde a notícia da gravidez.

Ainda sobre a gestação, é importante ressaltar que dois pais (Caso 1/Gabriel e Caso 3/João) mencionaram preocupações referentes ao desenvolvimento intrauterino de suas filhas, seja temendo alguma malformação ou, mais especificamente, imaginando que as brigas conjugais na gestação pudessem afetar as condições de saúde do bebê. Por outro lado, os pais do presente estudo não verbalizaram culpa pelas complicações surgidas no terceiro trimestre da gravidez, com exceção de um (João), que se sentiu responsável pelo diagnóstico da pré-eclâmpsia. Embora o forte sentimento de culpa por parte desse pai confirmasse as ideias defendidas por alguns autores (Klaus et al., 2000; Lebovici, 1987), nesse caso, como discutido acima, outras situações adversas (ex. conflitos conjugais) influenciaram as vivências desse pai durante a gravidez. Nesse sentido, é plausível pensar que, se não houvesse uma reação inicial de rejeição à notícia da gravidez e um grande descontentamento pela chegada de um novo bebê, uma particularidade desse caso, talvez essas culpas e temores quanto ao desenvolvimento intrauterino da filha não estivessem tão marcadamente presentes.

De todo modo, em todos os casos, a análise dos resultados indicou uma intensificação de ansiedades próprias da experiência da paternidade e gestação, mas aqui potencializadas pela situação clínica das esposas, tendo em vista o surgimento da pré-eclâmpsia, a necessidade de tratamento hospitalar e a indicação de parto (cesariana) de emergência. Os pais do presente estudo revelaram preocupações referentes à saúde, sobrevivência e/ou condição emocional da esposa, suscitadas pelas complicações envolvendo o nascimento pré-termo. Como discutido pela literatura, o parto e o nascimento têm sido considerados um dos eventos emocionalmente mais intensos na transição para paternidade, propiciando orgulho e prazer e, paralelamente, desencadeando ansiedade, sensação de impotência e inutilidade, mesmo quando se trata de um nascimento a termo (Genesoni & Tallandini, 2009). No caso de um nascimento pré-termo, foi notória, em um grau maior ou menor, o sentimento de impotência e a vivência de desamparo dos pais destes bebês nascidos pré-termo, particularmente durante a internação das esposas e o parto.

Embora essas vivências descritas acima fossem comuns a todos os pais do presente estudo, a participação no momento do parto, que ocorreu em dois casos (Caso 2/Paulo e Caso 3/João), trouxe para os pais, um sentimento de alívio e satisfação por conhecer o bebê, possibilitando amenizar os temores relacionados ao parto, particularmente suscitados nesse contexto da prematuridade. Contrariamente, em outro caso (Caso 1/Gabriel), a impossibilidade de acompanhar o nascimento da filha parece ter trazido à tona, de forma mais expressiva, o sentimento de frustração e a decepção frente aos sonhos e expectativas referentes à gestação e ao parto da filha, elaborados por esse pai desde os meses anteriores à notícia da gestação, cuidadosamente planejada pelo casal.

Levando em consideração os resultados discutidos acima, destaca-se o relevante papel das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde em gestações de risco, em especial no momento do parto, na medida em que podem esclarecer e orientar adequadamente os pais sobre a possibilidade de acompanhar o nascimento do seu filho, oferecendo um contexto que favoreça sua participação, em especial entre aqueles menos envolvidos, como pode ser evidenciado em um dos casos do presente estudo (Caso 3/João). Talvez a presença dos pais durante o parto seja mais relevante ainda no contexto de uma gestação não planejada (Caso 2/Paulo e Caso 3/João) e, mais ainda, quando a reação à notícia da gestação é marcada pela rejeição e descontentamento por parte do pai (João), à medida que é um dos momentos cruciais nessa trajetória, por permitir oportunidade para o desenvolvimento do sentimento de paternidade, como já apontado por Brazelton e Cramer (1992).

Já, durante o período da internação do bebê, outros aspectos merecem destaque. O nascimento pré-termo e a conseqüente internação na UTINeo implicaram em significativas

alterações de rotina de trabalho para todos os participantes. Especialmente, durante os primeiros dias de vida do bebê, todos os pais do presente estudo necessitaram efetuar mudanças no ritmo de trabalho, a fim de dedicarem-se às visitas constantes para estar junto com a filha. Neste sentido, como já evidenciado por recentes estudos (Henn, 2011; Hollywood & Hollywood, 2011), o trabalho foi um dos principais fatores que influenciou o envolvimento dos pais durante esse período. No contexto investigado, conforme discutido por Hollywood e Hollywood (2011), as características da atividade laboral podem interferir na duração e frequência das visitas ao bebê. No presente estudo, para dois pais (Caso2/Paulo e Caso3/João), os únicos que tinham um trabalho com horários flexíveis, as visitas ao bebê puderam ocorrer com maior frequência, o que se mostrou importante para a relação pai-filha, que será discutido mais adiante. De todo modo, outros fatores também devem ser considerados ao analisar a experiência da paternidade e as relações iniciais durante a internação do bebê, já que o pai que não visitava a filha tão frequentemente (Caso1/Gabriel) mostrou-se sempre muito ligado à filha, telefonando diariamente para a UTINeo para manter-se atualizado sobre as condições de saúde dela.

Além dos cuidados com o bebê, cabe destacar que os pais foram a principal fonte de apoio das esposas, especialmente, no período entre o diagnóstico da pré-eclâmpsia e os primeiros dias de internação de suas filhas. Dessa forma, em alguma medida, ocorria uma sobreposição de tarefas, já que os participantes do presente estudo constantemente buscaram oferecer apoio emocional e/ou prático às respectivas esposas, assim como, mostraram-se atentos às filhas, visitando-as, buscando informações sobre as condições clínicas e o tratamento das mesmas. Diversos autores (Stern, 1995; Winnicott, 1960/1983) têm ressaltado a importância do pai para o estabelecimento da relação mãe-bebê, ao proporcionar uma proteção física à esposa, tanto em relação às exigências da realidade externa, como provendo suas necessidades vitais, o que permitirá a dedicação da mãe ao bebê, o que se revelou bastante relevante no presente estudo. Neste contexto em que um bebê nasce tão imaturo, ocasionando uma separação entre a mãe e o bebê nas primeiras semanas de vida, as falas dos pais indicaram o quanto eles tentaram amenizar as preocupações das mães em relação à situação do bebê, conseguindo oferecer um suporte terapêutico a elas, endossando os achados de outro estudo com pais de bebês nascidos pré-termo que ressaltaram a função de apoio a elas (Herzog et al., 2003).

No que diz respeito às preocupações dos pais entrevistados em relação as suas filhas, desde o momento do parto, ficou evidente o medo da não-sobrevivência do bebê pela imprevisibilidade quanto ao futuro. Ao perceberem a fragilidade do bebê nascido pré-termo, em especial durante os primeiros dias de vida, os participantes desse estudo revelaram o temor da perda da filha, sobre o qual por vezes conseguiram falar. Embora esse temor estivesse sempre

permeando as vivências da paternidade desde o surgimento de complicações na gestação até o período da pós-alta, raramente conseguiram escancará-lo. De fato, durante as entrevistas, ao relatar sobre as situações que evocaram intensas emoções, pavor e impotência, relacionados aos riscos envolvidos no nascimento pré-termo, um dos participantes (Caso 1/Gabriel), pai de um bebê muito pré-termo e com MBP, recorria muitas vezes ao humor, como ilustrado pelas suas falas. Provavelmente, esse recurso psíquico, ao atenuar as angústias relacionadas ao temor da morte da filha, favoreceu que se aproximasse dela, mesmo durante os primeiros dias de internação na UTINeo.

Chamou bastante atenção o fato de que, mesmo após a alta, os pais do presente estudo cuidaram das suas filhas de forma similar àqueles cuidados intensivos da UTINeo. Por exemplo, um deles verificava a temperatura da filha e preocupava-se exageradamente com a higienização das mãos, estabelecendo uma rotina quase hospitalar (Caso 3/João), enquanto os outros dois (Caso 1/Gabriel e Caso 2/Paulo) tendiam a não realizar passeios com suas filhas e limitavam visitas por parte dos familiares a elas, visando evitar o risco de adoecimento de suas filhas, normas frequentemente estabelecidas na UTINeo. Esses cuidados quase ‘intensivos’, se assemelharam muitas vezes com aqueles proporcionados pela equipe de saúde durante a internação, o que pode indicar o risco de manter a ideia de um bebê ainda muito frágil, apesar da constatação dos pais de que suas filhas apresentavam um desenvolvimento saudável. De acordo com Brazelton e Cramer (1992), uma atitude superprotetora por parte dos pais pode ser resultado de um medo subjacente da morte iminente da criança, causadas por diferentes circunstâncias.

Apesar dos medos, preocupações e ansiedades que marcaram os diversos períodos investigados, a satisfação com a paternidade, o otimismo e o orgulho pelo nascimento da filha foram evidenciados particularmente em dois casos (Caso 1/Gabriel e Caso 2/Paulo), nos quais os participantes desejaram ser pais e eram primíparos. Para o outro (Caso 3/João), a dificuldade em aceitar uma nova gestação e a chegada de um novo bebê em sua vida gerou uma série de insatisfações e conflitos, como já mencionados. Nesse caso, ao conhecer sua filha no parto, durante a visitas na UTINeo e, mais ainda, no 3º mês após a alta, esse pai demonstrou felicidade pela chegada da filha, ao dar-se conta de uma série de mudanças advindas da paternidade para o convívio familiar, com destaque para sua mudança como pai e como marido.

Sobre as *representações do pai acerca da filha*, constatou-se que, durante a gestação, os pais da presente investigação relataram que não conseguiam imaginar características de suas filhas, com exceção de um dos participantes (Caso 1/Gabriel). Para esse pai, um dos aspectos que favoreceu para tornar a presença da filha mais tangível foi sua participação durante as ultrassonografias, na medida em que essa tecnologia facilitava o processo de construção de uma

imagem mental do bebê em gestação, como já evidenciado por estudos que investigaram outros contextos (Draper, 2002; Piccinini et al., 2009a). Como demonstrado por Draper (2002), as ultrassonografias, “ritual” das culturas ocidentais, têm se tornado um importante recurso no processo de transição para a paternidade por propiciarem uma “evidência” da existência do bebê, ajudando a “marcar” o início desse processo.

No que se refere ainda às representações acerca da filha durante a internação, as descrições dos pais sobre suas filhas foram bastante positivas, em particular em dois casos (Caso 1/Gabriel e Caso 2/Paulo). Ao contrário do outro pai que destacava características negativas, embora sua filha tivesse um quadro bastante estável durante o período na UTINeo (Caso3/João), os pais cujas filhas apresentaram maior risco de atrasos ou sequelas no seu desenvolvimento por nascerem com menor idade gestacional e peso (Caso 1/Gabriel e Caso 3/Paulo), enfatizaram qualidades e capacidades delas, mencionando muitas expectativas sobre o desenvolvimento de suas filhas. No caso de situações de risco (como o nascimento pré-termo), de acordo com Stern (1995), essas distorções otimistas das representações sobre o bebê são frequentes e necessárias, por isso, não deveriam ser consideradas como potencialmente psicopatológicas. Ao contrário, como discutido por esse autor, a inexistência dessas distorções otimistas de seus bebês poderá indicar um grave prognóstico para os novos pais.

Já, no período do 3º mês após alta hospitalar, as descrições dos participantes do presente estudo sobre as filhas denotaram o quanto os pais as consideravam ainda crianças vulneráveis, envolvendo-as em cuidados constantes e ‘intensivos’. Talvez, a percepção de uma criança frágil e em constante risco de morrer - experiência de fato vivida durante os primeiros dias de internação na UTINeo - possa se perpetuar na mente dos pais de bebês nascidos pré-termo, podendo gerar impactos negativos para o futuro desenvolvimento de algumas destas crianças, o que poderia ser investigado em futuros estudos.

A respeito das verbalizações dos pais sobre a *relação pai-filha*, um dos aspectos que chamou bastante atenção foi a importância das visitas frequentes ao bebê pré-termo durante sua internação para o estabelecimento da relação pai-filha. Para todos os pais entrevistados, a oportunidade de estar com a filha, sempre que desejassem, possibilitava que conhecessem suas características e suas capacidades, propiciando o estabelecimento do vínculo pai-filha. Mais ainda, a presença constante na UTINeo permitia que soubessem a respeito do tratamento e do aparato tecnológico da UTINeo, percebessem o crescimento e identificassem as boas condições de saúde, o que, de modo geral, atenuava as angústias, os medos e as preocupações normalmente suscitadas em uma UTINeo. Para um dos pais (Caso 2/Paulo), acrescentava-se a isso, a percepção da qualidade do atendimento oferecido à filha e o estabelecimento de uma relação de

confiança com a equipe de saúde, o que favorecia o desenvolvimento de uma sensação de segurança durante o período de internação. Dessa forma, ficou claro o quanto a presença constante dos pais do presente estudo na UTINeo, ao possibilitar que conhecessem suas filhas e o aparato tecnológico do qual necessitavam, favorecia que eles se ajustassem ao bebê e se vinculassem, como já demonstrado em estudos anteriores (Fegran et al., 2008; Lindberg et al., 2008).

Embora todos os participantes do presente estudo estivessem frequentemente na UTINeo, foram constatadas algumas particularidades no que se refere à qualidade da interação entre o pai e a filha durante o período em que estiveram internadas na UTINeo. Dois pais (Caso 2/Paulo e Caso 3/ João) demonstraram maior receio de estabelecer contato físico particularmente nas primeiras semanas de hospitalização por temerem o risco de infecção, já descrito por estudo anterior realizado com pais de bebês pré-termo, nascidos entre 24 e 30 semanas de gestação (Hollywood & Hollywood, 2011). Além disso, esses pais também consideravam que as filhas estariam mais protegidas na incubadora do que no colo deles. Um desses pais (João) também demonstrou temor de que sua presença na UTINeo pudesse gerar transtornos, vindo a ‘atrapalhar’ o tratamento de sua filha, tanto que suas visitas geralmente eram muito rápidas. Já, para outro pai (Caso 1/Gabriel), qualquer possibilidade de contato físico foi descrita com muito entusiasmo e felicidade, em especial quando relatou sobre como imaginava que seria o primeiro colo oferecido a sua filha.

Como se vê, várias particularidades da relação pai-filha foram identificadas entre os pais do presente estudo. Ainda sobre isso, destaca-se que um dos participantes do presente estudo (Caso 1/Gabriel) revelou desde a gestação uma grande sensibilidade ao relacionar-se com sua filha, mas em especial após seu nascimento. Por exemplo, durante a internação, ele referiu que, ao interagir com sua filha, tentava tocá-la como se sua mão fosse um “cobertozinho”, indicando o quanto ele estava disponível, sensível e sintonizado com ela. Nesse sentido, ele parecia preocupado ‘primariamente’ com sua filha (Ramires, 1997; Winnicott, 1963/1990) e capaz de reconhecer as necessidades físicas e afetivas dela (Coutinho & Morsch, 2006). Como teorizado por Cramer e Palacio-Espasa (1993), possivelmente, a presença da filha em “carne e osso” instaurou a “preocupação parental primária”, demandando um comprometimento relacional nunca vivido antes por esse pai (p. 32).

Quanto às *representações do pai acerca da família de origem*, os relatos dos pais revelaram a importância das vivências durante a infância e a adolescência na transição para a paternidade. Em relação a isso, Cramer e Palacio-Espasa (1993) destacaram que as satisfações vividas com os próprios pais tornam-se “pontos de referência” que possibilitam o

estabelecimento de relações gratificantes com seus filhos, particularmente evidenciado em um dos casos (Caso 1/Gabriel). A visão deste participante acerca do próprio pai era bastante positiva, tanto que ele desejava e, de fato, se relacionava com a filha de forma similar a ele, mostrando-se presente, afetivo e envolvido nos cuidados com ela, como seu próprio pai. Por outro lado, para os demais participantes (Caso 2/Paulo e Caso3/João), algumas experiências frustrantes vividas no passado suscitavam remorsos, dando lugar ao desejo de evitar que as filhas vivenciassem as mesmas decepções que eles (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Os relatos desses dois pais demonstraram que decepções na infância e/ou adolescência podem trazer à tona sentimentos ambivalentes em relação aos próprios pais e uma busca por não repetir com as filhas suas experiências do passado. De forma mais evidente, para um destes participantes, cujo pai faleceu durante sua adolescência (Paulo), era notória a preocupação em oferecer à filha condições de vida que propiciassem seu sustento financeiro até o início da vida adulta, experiência oposta àquela vivida por ele em função da morte precoce do seu pai. Da mesma maneira, outro participante do estudo (João), que já tinha outras filhas e que se mostrava mais presente com sua filha nascida pré-termo do que com suas primeiras filhas, também referia a intenção de cuidar de suas filhas de modo diferente do próprio pai, na medida em que o percebia como um homem focado no trabalho em determinados momentos da sua infância. Em contrapartida, esse desejo de ser um pai diferente do próprio pai para suas filhas, nem sempre parecia possível, já que esse pai (João) também se mostrava bastante voltado ao trabalho e, em alguns momentos, distante da família, reproduzindo com as filhas uma relação similar àquela vivida no passado com o próprio pai.

Ainda, em relação às representações acerca da família de origem, os resultados apontaram para a necessidade de apoio emocional aos pais de bebês nascidos pré-termo, em particular durante a internação da esposa, no momento do parto e nos primeiros dias de vida destes bebês. Em um dos casos estudados (Caso 1/Gabriel), o próprio pai e sua mãe foram pessoas bastante afetivas e disponíveis para esse pai nos diversos períodos investigados. Nesse caso, a presença constante do próprio pai desde o diagnóstico da pré-eclâmpsia até o nascimento da filha pareceram reduzir o sentimento de solidão e a sensação de desamparo, suscitados em especial no parto. Já, para dois deles, em função da sua ausência (Paulo) ou distância de pessoas significativas de suas famílias de origem (João), outros familiares, amigos ou pessoas da família de origem das esposas revelaram-se importantes fontes de apoio. Nesse sentido, destaca-se a relevância de uma “matriz de apoio” (Stern, 1995) para os pais de bebês nascidos pré-termo, como já discutido por Coutinho e Morsch (2006). Mais ainda, ao investigar os pais neste contexto, deveria se levar em consideração outras situações adversas como a depressão materna,

evidenciados em um dos casos estudados (João), que podem adicionar dificuldades no processo de transição para a paternidade, gerando demandas específicas e conseqüentemente a necessidade de uma ‘matriz de apoio’ mais ampla e constante. Para esse pai, a disponibilidade e a continência oferecida por membros da sua família de origem (tia materna), por sua mãe e por um amigo de infância foi fundamental para auxiliá-lo durante a internação da filha.

Por fim, as análises do presente estudo também indicaram que alguns fatores podem favorecer a transição para a paternidade neste contexto, na medida em que possibilitam amenizar o sentimento de insegurança dos pais e suas constantes preocupações relativas à situação de saúde do bebê nascido pré-termo, evidenciados em todos os casos, particularmente durante a internação na UTINeo. Dentre eles, além do apoio emocional aos pais, já referidos acima, merecem destaque outras características das famílias e do contexto hospitalar: a possibilidade de acompanhar o parto, a presença em ultrassonografias e consultas durante a gestação, a possibilidade de visitas na UTINeo, os modelos parentais, as vivências infantis e a qualidade da relação conjugal. Além desses, características pessoais também influenciaram a experiência da paternidade neste contexto: idade, nível socioeconômico e o grau de escolaridade.

Quanto aos aspectos metodológicos da pesquisa, pode-se destacar o uso de um delineamento longitudinal, ainda pouco utilizado nas investigações sobre a paternidade no contexto da prematuridade, que pareceu mais indicado para investigar os processos envolvidos na paternidade. Ademais, o acompanhamento longitudinal possibilitou explorar períodos como a gestação e o parto, momentos críticos neste contexto, como demonstrado no presente estudo, embora ainda raramente enfocados na literatura. Também foi possível examinar a experiência da paternidade no 3º mês após a alta hospitalar, também pouco investigado.

A metodologia qualitativa é outro aspecto que merece destaque no presente estudo. Os estudos de caso permitiram compreender profundamente cada um dos casos (Stake, 1994). Do mesmo modo, as entrevistas individuais possibilitaram conhecer a perspectiva dos próprios pais sobre si mesmo, sobre o bebê, sobre a família de origem e sobre a relação pai-bebê, evitando os vieses das pesquisas que enfocam a visão das mães sobre os maridos como pais. De toda forma, levando em conta os aspectos éticos imprescindíveis em qualquer pesquisa científica, alguns dados não puderam ser aprofundados, na medida em que poderiam provocar um incremento de angústias. Nesse sentido, sugere-se que outros estudos investiguem a experiência da paternidade no contexto da prematuridade em um *setting* psicoterápico, visando aprofundar o conhecimento sobre o tema, permitindo um espaço propício à expressão de angústias e temores, que podem não ser revelados em um contexto de entrevistas, mesmo que realizadas em diferentes momentos, como foi o caso no presente estudo. Apesar das vantagens da pesquisa qualitativa para estudar a

complexidade da situação da prematuridade e da paternidade, algumas limitações também podem ser destacadas. Se, de um lado, permitiu um entendimento do processo de transição para a paternidade, de outro, exige cautela ao se extrapolar os achados para outros casos e contextos (Stake, 1994). Trata-se de casos escolhidos por conveniência, que se dispuseram a participar do estudo, provavelmente por estarem mais envolvidos com seus bebês e esposas. Além disso, se escolheu bebês que já estavam clinicamente estáveis, o que traz particularidades em relação às situações envolvendo bebês de alto risco.

De fato, quanto aos 4 pais, que não realizaram as diversas entrevistas previstas ou desistiram de participar do presente estudo, alguns alegaram dificuldades para conciliar as visitas ao bebê, o trabalho e a participação da pesquisa, sugerindo que aqueles com melhores condições de trabalho conseguiram dispor tempo e energia para participarem. Também é importante ressaltar que, de modo geral, todos os pais do presente estudo apresentavam um contexto familiar favorável, com vínculos estreitos com suas famílias de origem. Ao contrário, um dos participantes, primíparo, que desistiu do estudo - pai de um bebê nascido pré-termo com EBP, PIG e do sexo masculino – tinha uma história familiar marcada por situações de desamparo e abandono, o que parece ter contribuído para sua desistência da pesquisa. Cabe destacar que esse pai só realizou uma das entrevistas e, posteriormente, avisou que não ‘queria’ realizar as demais, o que pareceu associado ao fato da primeira entrevista ter suscitado lembranças bastante dolorosas da sua infância, bem diferente da esposa que tinha um bom vínculo com sua família de origem e deu continuidade no estudo, sempre disponível para falar acerca das suas vivências como mãe. Dessa forma, como se vê, alguns pais que não cumpriram as diversas etapas de coleta de dados previstas no presente estudo apresentaram características (trabalho e família) bem diferentes daqueles que conseguiram participar nas diversas entrevistas.

Além disso, outra limitação da presente investigação é o número e as características sociodemográficas dos participantes. As características dos pais estudados devem ser consideradas ao se considerar os resultados do presente estudo (Barker, Pistrang, & Elliot, 1994). Por uma situação, fora do controle da autora, os casos investigados foram exclusivamente de pais de meninas, com bom nível de escolaridade e nível socioeconômico. Portanto, seria importante que outras pesquisas pudessem incluir também pais de crianças nascidas pré-termo do sexo masculino e que apresentassem outras características sociodemográficas.

Outra importante limitação a ser apontada refere-se ao fato de não terem sido analisados os relatos paternos sobre as mães dos bebês, especialmente sobre como estavam experienciando a maternidade. É plausível se pensar que os pais também são afetados pelos medos, preocupações e satisfações vivenciados pelas mães nesse contexto. Dessa forma, sugere-se que

futuras pesquisas incluam essas análises visando complementar a compreensão dos processos subjetivos que envolvem a paternidade nesse contexto.

Considerações Finais

O presente estudo apontou alguns fatores que podem suscitar maiores conflitos e dificuldades na transição para a paternidade no contexto da prematuridade, indicando a necessidade de considerá-los em futuras investigações, sejam qualitativas ou quantitativas. Entre esses fatores, destacaram-se: pouca participação dos pais durante consultas pré-natais e ultrassonografias, o diagnóstico de depressão materna muitas vezes presentes nesse contexto, a presença de conflitos conjugais, o contexto de uma gestação não desejada e/ou planejada, a ausência de pessoas significativas da família de origem e/ou pouco vínculo afetivo com a família de origem.

Ao apontar alguns períodos críticos no processo de transição para a paternidade neste contexto da prematuridade, o presente estudo oferece subsídios para intervenções que visem minimizar as repercussões emocionais do nascimento pré-termo para os pais do bebê, ainda pouco enfocados. Mais do que isso, os resultados demonstraram a necessidade de serviços e profissionais de saúde qualificados, que propiciem também atendimento psicológico aos pais dos bebês nascidos pré-termo, em particular, para aqueles com menor peso e idade gestacional, bem como com comprometimentos clínicos.

Destaca-se que os resultados do presente estudo poderão também contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, assim como, para a promoção da saúde e qualidade de vida de bebês nascidos pré-termo e suas famílias. Neste sentido, pode-se ressaltar a relevância do Método Mãe-Canguru, política de cuidados materno-infantis recomendada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), ao considerar a importância de envolver não só as mães, mas também os pais dos bebês nascidos com BP durante a internação do bebê, em consonância com os resultados destacados no presente estudo.

Por fim, cabe ressaltar que, embora o nascimento pré-termo seja um dos problemas perinatais mais prevalentes no Brasil, ainda é incipiente a produção de conhecimento sobre a experiência da paternidade neste contexto. Sendo assim, um dos destaques do presente estudo foi investigar o ponto de vista paterno sobre si mesmo, sobre o bebê, sobre a relação pai-bebê e sobre a família de origem, permitindo reconhecer as dificuldades e fragilidades dos pais de crianças nascidas pré-termo, ainda pouco estudados na literatura nacional.

REFERÊNCIAS

- Als, H. & Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 178-189.
- Als, H., Lawhon, G., Duffy, F.H., McAnulty, G.B., Gibes-Grossman, R., & Blickman, J.G. (1994). Individualized Developmental Care for the Very Low-Birth-Weight Preterm Infant. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(11), 853-858.
- Andreani, G., Custódio, Z.A.O., & Crepaldi, M.A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Alethéia*, 24, 115-126.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. Londres: Wiley.
- Barnett, C.R., Leiderman, P.H., Grobstein, R., & Klaus, M. (1970). Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45(2), 197.
- Barros, F.C., Victora, C.G., Barros, A.J.D., Santos, I.S., Albernaz, E., Matijasevich, A., Domingues, M.R., Scowitz, I.K.T., Hallal, P.C., Silveira, M.F., & Vaughan, J.P. (2005). The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *The Lancet*, 365, 847-854.
- Barros, S.M.M., Menandro, P.R.M., & Trindade, Z.A. (2006). Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4, 1-18.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A.P., Merialdi, M., Requejo, J.H., Rubens, C., Menon, R., & Look, P.F.V. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38.
- Bercini, L.O. (1994). Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28, 38-45.
- Bettiol, H., Barbieri, M.A., & Silva, A.A.M. (2010). Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32, 57-60.
- Blake, P. (2002). A snapshot: a father's reaction to prematurity. In N. Tracey (Ed.), *Parents of premature infants: their emotional world* (pp. 117-123). London: Whurr Publishers.
- Blumenshine, P., Egerter, S., Libet, M., & Braveman, P. (2011). Father's Education: An Independent Marker of Risk for Preterm Birth. *Maternal and Child Health Journal*, 15(1), 60-67.
- Bornholdt, E.A., Wagner, A., & Staudt, A.C.P. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, 19, 75-92.
- Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações* (M.B. Cipolla, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Buist, A., Morse, C.A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Coutinho, H.R.B.C. & Morsch, D.S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9, 55-69.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In T.B. Brazelton, J. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cramer, B. & Palacio-Espasa (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê: estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crnic, K.A., Ragozin, A.S., Greenberg, M.T., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Social-Interaction and Developmental Competence of Preterm and Full-Term Infants during the 1st Year of Life. *Child Development*, 54(5), 1199-1210.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DATASUS (2005). Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>.
- De Kleine, M.J.K., Den Ouden, A.L., Kollée, L.A.A., Ilse, A., Van Wassenaer, A.G., Brand, R., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2007). Lower mortality but higher neonatal morbidity over a decade in very preterm infants. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(1), 15-25.
- De Martini, T.A.D. (1999). *A transição para a paternidade: Expectativas, sentimentos e síndrome de couvade dos futuros pais ao longo da gestação*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- De Martini, T.A.D., Piccinini, C.A., & Gonçalves, T.R. (2010). Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação. *Alethéia*, 31, 121-136.
- Dornelles, L.M.N. (2009). *Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Draper, J. (2002). 'It was a real good show': the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 771-795.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D.B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador: Ágalma.
- Eckerman, C.O., Oehler, J.M., Hannan, T.E., & Molitor, A. (1995). The Development Prior to Term Age of Very Prematurely Born Newborns Responsiveness in En Face Exchanges. *Infant Behavior & Development*, 18(3), 283-297.
- Espírito Santo, J.L.d., Portuguese, M.W., & Nunes, M.L. (2009). Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 85, 35-41.
- Esteves, C.M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.
- Feijó, L. (1998). *O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Feldman, R. & Eidelman, A.I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49(3), 290-302.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J.F., Kuint, J., & Eidelman, A.I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929-939.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A.I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 94-107.
- Fletcher, R.J., Matthey, S., & Marley, C.G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 461-463.

- Formiga, C.K.M.R. & Linhares, M.B.M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 472-480.
- Fraga, D.A., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., & Martinez, F.E. (2008a). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 33-41.
- Fraga, D.A., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., & Martinez, F.E. (2008b). Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, 13, 335-344.
- Gamba Szijarto, S., Forcada Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Müller Nix, C. (2009). État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés: similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 385-391.
- Genesoni, L. & Tallandini, M.A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), 305-318.
- Goldenberg, R., Culhane, J., Iams, J., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371(9606), 75 - 84.
- Gomes, A.G. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Gomes, A.G., Piccinini, C., & Prado, L.C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 95-104.
- Gonçalves, D.M., Stein, A.T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 380-390.
- Hedegaard, M., Henriksen, T.B., Sabroe, S., & Secher, N.J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, 307(6898), 234-239.
- Henn, C.G. (2007). *O envolvimento paterno e a experiência da paternidade no contexto da síndrome de down*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Henn, C.G. (2011). *A experiência e a prática da paternidade na adolescência: Estudo longitudinal da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Henn, C.G., Piccinini, C.A., & Garcias, G.L. (2008). A família no contexto da Síndrome de Down: revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13, 485-493.
- Herzog, A., Muller-Nix, C., Mejia, C., & Ansermet, F. (2003). Étude clinique sur le rôle parental lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapies*, 23, 97-106.
- Hollywood, M. & Hollywood, E. (2011). The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 17(1), 32-40.
- Houzel, D. (2004). Los retos de la parentalidad. In L. Solis-Ponton (Ed.), *La parentalidad: desafío para el tercer milenio: un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 27-31). México: El Manual Moderno.
- Jackson, K., Ternstedt, B., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Kilsztajn, S., Rossbach, A., Carmo, M.S.N., & Sugahara, G.T.L. (2003). Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*, 37, 303-310.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência* (M.R. Hofmeister, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Krob, A.D., Piccinini, C.A., & Silva, M.R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20, 269-291.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1985). Paternal Behavior in Humans. *American Zoologist*, 25(3), 883-894.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Lawn, J., Gravett, M., Nunes, T., Rubens, C., Stanton, C., & Group, t.G.R. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(Suppl 1), S1.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 10-19.
- Lee, C.S. (2007). Marital Satisfaction and Father Involvement during the Transition to Parenthood. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers*, 5(2), 75-96.
- Lester, B.M., Miller, R.J., Hawes, K., Salisbury, A., Bigsby, R., Sullivan, M.C., & Padbury, J.F. (2011). Infant neurobehavioral development. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 8-19.
- Levandowski, D.C. (2001). *Paternidade na adolescência: sentimentos, expectativas e a interação com o bebê*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Levandowski, D.C. (2005). *Transição para a parentalidade e a relação de casal de adolescentes*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Levandowski, D.C. & Piccinini, C.A. (2006). Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 17-27.
- Levandowski, D.C., Piccinini, C.A., & Lopes, R.C.S. (2009). O Processo de separação-individuação em adolescentes do sexo masculino na transição para a paternidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 353-361.
- Levy-Shiff, R., Hoffman, M.A., Mogilner, S., Levinger, S., & Mogilner, M.B. (1990). Fathers' hospital visits to their preterm infants as a predictor of father-infant relationship and infant development. *Pediatrics*, 86(2), 289-293.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 142-149.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 79-85.
- Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Bordin, M.B.M., Chimello, J.T., Martinez, F.E., & Jorge, S.M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 10, 60-69.
- Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Machado, C., & Martinez, F.E. (2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13, 59-72.
- Linhares, M.B.M., Chimello, J.T., Bordin, M.B.M., Carvalho, A.E.V., & Martinez, F.E. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 109-117.
- Löhr, T., Gontard, A., & Roth, B. (2000). Perception of premature birth by fathers and mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 41-46.
- Magalhães, L.C., Catarina, P.W., Barbosa, V.M., Mancini, M.C., & Paixão, M.L. (2003). Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61, 250-255.

- Magill-Evans, J. & Harrison, M.J. (2001). Parent-Child Interactions, Parenting Stress, and Developmental Outcomes at 4 Years. *Children's Health Care*, 30(2), 135 - 150.
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M.T. & Dickstein, J. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Mari, J.J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26.
- Martins, I.M.B., Linhares, M.B.M., & Martinez, F.E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, 10, 235-243.
- Méio, M.D.B.B., Lopes, C.S., & Morsch, D.S. (2003). Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*, 37, 311-318.
- Miles, M.S. & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21, 254-266.
- Ministério da Saúde (2000). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher.
- Ministério da Saúde (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Saúde Brasil 2006 : uma análise da desigualdade em saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.
- Muller-Nix, C. & Forcada-Guex, M. (2009). Perinatal assessment of infant, parents, and parent-infant relationship: prematurity as an example. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 18(3), 545-557.
- Nobre, F.D.A., Carvalho, A.E.V., Martinez, F.E., & Linhares, M.B.M. (2009). Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 362-369.
- NUDIF (2009a). *Entrevista de dados sociodemográficos da família*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NUDIF (2009b). *Entrevista de dados clínicos gestacionais*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NUDIF (2009c). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe no pós-parto*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NUDIF (2009d). *Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade no pós-parto*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NUDIF (2009e). *Entrevista sobre a experiência da paternidade na gestação e no parto no contexto da prematuridade*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NUDIF (2009f). *Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade na pós-alta*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ibe, O., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallas-Allonso, C., Ruiz Pelaez, J.G., Sizun, J., & Widstrom, A.M. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*, 99(6), 820-826.
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G.K. (2008). Parents of Preterm Infants Two Months after Discharge from the Hospital: Are They Still at (Parental) Risk? *Health & Social Work*, 33, 299-308.
- Parke, R.D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Piccinini, C.A., Levandowski, D.C., Gomes, A.G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R.S. (2009a). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 373-382.
- Piccinini, C.A., Lopes, R.C.S., Esteves, C.M., Anton, M.C., & Oliveira, V.Z. (2009b). *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*. Unpublished project, UFRGS, Porto Alegre.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F400-F404.
- Pinto, E.B. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 76-85.
- Pinto, E.B., Graham, S., Igert, B., & Solis-Ponton, L. (2004). El bebé prematuro, las vicisitudes de la parentalidad. In L. Solis-Ponton (Ed.), *La parentalidad: desafío para el tercer milenio* (pp. 133-143). México: El Manual Moderno.
- Ramires, V.R. (1997). *O exercício da paternidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Ramos, J.G.L., Martins-Costa, S.H., Valério, E.G., & Müller, A.L.L. (2011). Nascimento pré-termo *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed.
- Raphael-Leff, J. (1997). O lugar do pai (R.D. Pereira, Trans.) *Gravidez: a história interior* (pp. 55-64). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Recchia, S. & Lemétayer, F. (2005). Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés. *Devenir*, 17, 303-321.
- Rimmerman, A. & Sheran, H. (2001). The transition of Israeli men to fatherhood: a comparison between new fathers of pre-term/full-term infants. *Child and Family Social Work*, 6, 261-267.
- Rowe, J. & Jones, L. (2010). Discharge and beyond. A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(6), 258-266.
- Rugolo, L.M.S.d.S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81, S101-S110.
- Saigal, S. & Doyle, L.W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, 371(9608), 261-269.
- Santos, I.S., Matijasevich, A., Tavares, B.F., Barros, A.J.D., Botelho, I.P., Lapolli, C., Magalhães, P.V.d.S., Barbosa, A.P.P.N., & Barros, F.C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2577-2588.
- Schempf, A.H., Branum, A.M., Lukacs, S.L., & Schoendorf, K.C. (2007). Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 21(1), 34-43.
- Schirmer, C.R., Portuquez, M.W., & Nunes, M.L. (2006). Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. *Archives of Neuropsychiatry*, 64(4), 926-931.
- Silva, A.A.M., Ribeiro, V.S., Borba Júnior, A.F., Coimbra, L.C., & Silva, R.A. (2001). Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Revista de Saúde Pública*, 35, 508-514.
- Silva, M.R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, M.R. & Piccinini, C.A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 561-573.

- Silva, M.R. & Piccinini, C.A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14, 5-12.
- Silveira, M.F., Santos, I.S., Barros, A.J.D., Matijasevich, A., Barros, F.C., & Victora, C.G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42, 957-964.
- Silveira, M.F., Santos, I.S., Matijasevich, A., Malta, D.C., & Duarte, E.C. (2009). Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1267-1275.
- Souza, C.L.C. & Benetti, S.P.C. (2009). Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19, 97-106.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: BasicBooks.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento* (M.N.B. Benetti, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tausch, H.W. & Avery, M.E. (2003). *Avery's Doenças do Recém-Nascido* (N.A. Filho & J.M.S.A. Júnior, Trans.). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Tracey, N. (2002). Prematurity and the dynamics of birth. In N. Tracey (Ed.), *Parents of premature infants: their emotional world* (pp. 37-50). London: Whurr Publishers.
- Tronchin, D.M.R. & Tsunehiro, M.A. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 93-101.
- Tucker, J. & McGuire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *British Medical Journal*, 329, 675-678.
- Waldow, D. (2007). *Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- WHO (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Winnicott, D.W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-filial. In D.W. Winnicott (Ed.), *O Ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. (Original work published 1960).
- Winnicott, D.W. (1990). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica (I.C.S. Ortiz, Trans.). In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original work published 1963).
- Winnicott, D.W. (2000). Preocupação materna primária. In D.W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1956).
- Winnicott, D.W. (2006). A dependência nos cuidados infantis (J.L. Camargo, Trans.) *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes. (Original work published 1970).
- Wirth, A.F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. In N.A. Caron (Ed.), *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 207-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yogman, M.W., Kindlon, D., & Earls, F. (1995). Father Involvement and Cognitive/Behavioral Outcomes of Preterm Infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 58-66.
- Zomignani, A.P., Zambelli, H.J.L., & Antonio, M.A.R.G.M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 27, 198-203.

ANEXO A

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mestrado e Doutorado em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado

Estamos realizando o estudo “*Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua internação*” com a finalidade de melhor compreender a experiência de ser mãe e pai de um bebê nascido prematuro. Este projeto engloba dois estudos que serão realizados em momentos diferentes, sendo este termo de consentimento destinado somente ao primeiro momento, que visa a compreensão dos fatores biopsicossociais associados à prematuridade.

O estudo envolverá alguns encontros com as mães e pais durante a internação e no 3º mês após a alta do bebê. Durante o período de internação, estão programadas entrevistas, aplicação de questionários e observação da interação da mãe com o seu bebê que será filmada, sempre respeitando a disponibilidade e o interesse das mães e pais. Esta participação no estudo não envolve riscos previsíveis para os participantes nem prejuízo financeiro. Para a aplicação dos instrumentos de cada uma das três fases estão previstos aproximadamente dois encontros com duração de 1 hora e meia cada um, respeitando a disponibilidade dos participantes.

Com este estudo busca-se uma melhor compreensão da experiência de ser mãe e pai na situação de nascimento prematuro, o que permitirá que possamos ajudar a outras pessoas que também tiverem passando por esta mesma situação. Além destes benefícios, as participantes vinculadas ao estudo terão a oportunidade de ter um espaço de escuta e reflexão, o que pode ajudá-las nesta situação de crise.

Ressalta-se que as mães e pais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem neste hospital.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente estudo.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição.

Entendo que não serei identificada(o) e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo a utilização dos dados das entrevistas, anotações e gravações realizadas comigo e meu bebê, para fins dessa pesquisa e publicações associadas a ela. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia da UFRGS.

O pesquisador responsável por este estudo é o Professor Dr. Cesar Augusto Piccinini, do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/sala 111, Porto Alegre – RS. Caso eu queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5058.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo.

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha _____

ANEXO B

Ficha de dados sociodemográficos da família

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009, adaptada de GIDEP/UFRGS, 1998)

I. Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:

Esposa (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):

- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não

- Estado Civil: () casada; () solteira; () separada; () viúva; () com companheiro

- Número de filhos:

Filhos teus com atual companheiro (identificação e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

Filhos teus com outro companheiro (ident. e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

Filhos do companheiro com outra mulher (ident. e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

- Moras com o pai do bebê? sim () não () Se sim: Desde quando?

- Quem mais mora na casa? (ident., parentesco e idade)

- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses

- Salário: Grupo étnico:

- Qual a renda familiar (aprox.)?

- Moradia: própria () alugada () outro ()

Companheiro (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):

- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não

- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses

- Salário:..... Grupo étnico:

Bebê (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:.....

Endereço para contato:

Cidade:..... CEP Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa Marido

Telefone de um parente/amigo para contato:.....

II. Eu gostaria agora, de algumas informações sobre a tua moradia.²

Possui Televisores (em cores)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Rádio (qualquer um, menos de automóvel)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Banheiro (definidos pela existência de vaso sanitário e privativos do domicílio)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Automóvel (não táxi, vans ou pick-ups usados para atividades profissionais)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Empregada doméstica (apenas mensalistas, que trabalham pelo menos 5 dias por semana)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Máquina de Lavar (automáticas e/ou semi-automáticas)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Videocassete e/ou DVD (qualquer tipo)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Geladeira e Freezer ?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Para fins de pontuação:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a possui de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer 0 pt

Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer 4 pts

Possui geladeira de duas portas e não possui freezer 6 pts

Possui geladeira de duas portas e freezer 6 pts

Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)

Total de Pontos: _____ Classe: _____

Hospital: _____

Data da Coleta: _____

Responsável: _____

ANEXO C

Ficha de dados clínicos gestacionais

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009, adaptada de NUDIF/GIPED, 2008)

1. Identificação

- Cód. Identificação: Idade:.....
 - Hospital (atual):Prontuário:

2. História Gineco-Obstétrica

- N° de Gestações: N° de Partos à termo: N° de partos pré-termos: N° de Aborto:
 - Medicações utilizadas na presente gestação:

3. Acompanhamento Pré-Natal:

- Realizou acompanhamento médico durante a gestação? () Sim () Não
 Local:.....
 - Quantas consultas médicas foram realizadas no pré-natal? Quando iniciou:
 - Foi feito ultrasonografia? Sim () Não () Quantas vezes?
 - Fez uso de cigarro/álcool/outras drogas antes e/ou durante a gestação? () Não
 () Sim, qual(is)? Frequência:

4. Intercorrências na Gestação

Caracterizar

- Anemia	() Não () Sim	
- Infecção Urinária (ITU)	() Não () Sim	
- Hipertensão Arterial (HAS)	() Não () Sim	
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	() Não () Sim	
- Diabetes (DM) na gestação	() Não () Sim	
- Aids (HIV)	() Não () Sim	
- Sangramentos	() Não () Sim	
- Contrações	() Não () Sim	
- Toxoplasmose	() Não () Sim	
- Rubéola	() Não () Sim	
- Traumatismo	() Não () Sim	
- Repouso	() Não () Sim	
	Quanto tempo?.....	
- Outras (especificar)	() Não () Sim	

5. Exames Laboratoriais Realizados (alterados):

.....

Data da Consulta Prontuário:/...../.....

Responsável:

ANEXO D

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe no pós-parto

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009, adaptada de NUDIF/GIPED, 2008)

Hospital:.....

1. Bebê (Cód. identificação):..... Prontoário:

Sexo: F () M () Idade do bebê (dias): Data de nascimento:/...../.....

Peso ao nascimento: Estatura:

Idade Gestacional no parto (semanas): Obstétrica: Capurro:.....

Apgar 1º minuto: 5º minuto: 10º minuto:.....

Situação clínica logo após o nascimento (1as horas):

.....

Procedimentos realizados:

.....

Situação clínica primeiros 15 dias:.....

.....

Procedimentos realizados:

Data Prevista Alta (se tiver):/...../.....

Comentários:

.....

2. Mãe (Cód. identificação):..... Prontoário:

Idade: Tempo de internação antes do parto:

Motivo:.....

Tipo de Parto: Cesáreo () Indicação:

Normal () Uso de algum instrumento () Qual?.....

Complicações no parto: () Nenhuma; () Pré-eclâmpsia; () Eclâmpsia; () Hemorragia; () Placenta prévia;

() Febre/infecção () Outra:

Duração do parto (horas): Intercorrências após o parto:

.....

Situação clínica após o parto (1as horas):

.....

Tempo de internação após o parto:

Motivo:.....

.....

Situação clínica (primeiros 15 dias):.....

.....

Medicações utilizadas:

.....

Quais/Motivo:.....

.....

Comentários:

.....

Data da Consulta Prontoário:/...../..... Responsável:

ANEXO E

Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade no pós-parto

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP - UFRGS, 2009 adaptada de Marocco & Piccinini, 2007 e GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003)

I. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua experiência aqui na UTI Neonatal.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Desde quando o (*nome do bebê*) está na UTI?
2. Qual foi o motivo da internação?
3. E como está o estado de saúde do (*bebê*)? Como ele tem reagido ao tratamento?
4. Quando tu esperas que o (*bebê*) vai ter alta?
5. Como é a tua rotina na UTI?
6. O que tu costumavas fazer na UTI?
7. Tu ficas com o (*bebê*) durante o dia? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por que não ficas com o (*bebê*)?
8. E a noite, tu costumavas ficar com o (*bebê*)? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por que não ficas com o (*bebê*)?
9. Quantas vezes por semana tu tens vindo ver o *bebê*? E quantas horas por dia tu tens ficado na UTI?
10. E quando tu ou tua esposa não estão aqui na UTI, algum familiar/amigo, fica com o (*bebê*)? Quem é? Como te sentes?
11. Como está sendo para ti essa experiência na UTI? Como te sentes?
12. Há algo que tu gostas na UTI? Por quê?
13. E há algo que te incomoda e que tu não gosta na UTI? Por quê?
14. E quanto ao hospital, há algo que tu gostas? Por quê?
15. E há algo que te incomoda e que tu não gosta? Por quê?

II. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua relação com o (*bebê*) aqui na UTI.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. (*Se estiver na incubadora*): Como é para ti, ver o (*bebê*) em uma incubadora? Como te sentes?
2. Quando tu estás ao lado do (*bebê*), o que tu costumavas fazer? Por quê?
3. Tu tens assumido algumas tarefas com relação aos cuidados do (*bebê*)? Quais?
4. Como tem sido para ti lidar com (*bebê*)? Como te sentes?
5. O que mais te agrada quando tu estás com o (*bebê*)? Por quê?
6. E o que mais te desagrada? Por quê?
7. Quando tu estas com o (*bebê*) tu costumavas:
 - Tocar/acariciar ele/a? (*Se sim*) Como ele/a reage? Como te sentes? (*Se não*) Por que não faz?
 - Falar/conversar com ele/a? (*Idem*)
 - Ficar olhando para ele/a? (*Idem*)
 - Pegar ele/a no colo? (*Idem*)
 - Tu fazes mais alguma coisa? O quê? (*Idem*)
8. Tu sentes que já é possível entender o que o (*bebê*) expressa?
 (*Se sim*) O que tu destacarias? Como tu sabes que tu entendes o (*bebê*)?
 O que é mais fácil de entender? E o que é mais difícil de entender?
 (*Se não*) Tu gostarias de entendê-lo? Como te sentes quando não consegues entendê-lo?
9. Na tua opinião, quais são as principais necessidades do (*bebê*)?
10. Tu achas que o (*bebê*) sabe quando és tu que estás com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto? Como te sentes?
11. Tu achas que ele/a tenta interagir contigo de alguma forma? Como tu percebes isto? Como te sentes?
12. O (*bebê*) tem chorado?
 (*Se sim*) Em que momentos? O que fazes? Como te sentes? E como o (*bebê*) reage?
 Tu consegues entender por que ele/a chora?
 (*Se não*) Por que tu achas que ele/a não chora? Como te sentes?
 E como tu achas que ele expressa o que não gosta?
13. E quando ele/a fica agitado/a, o que fazes? Como te sentes? E como o (*bebê*) reage?
14. E quando ele/a fica quietinho/a, o que fazes? Como te sentes? E como o (*bebê*) reage?
15. Como está sendo a alimentação do (*bebê*)?
16. Como está o sono do (*bebê*)? (tranquilo, agitado...)
17. E como tem sido quando tu tens que se afastar do (*bebê*)? Que momentos são esses? Como te sentes?
18. E tu percebes alguma reação do (*bebê*) quando tu te afastas dele/a? Como ele/a reage? Como te sentes?
19. E como tem sido quanto tu volta e se encontra com o (*bebê*)? Como ele/a reage? Como te sentes?

III. Gostaria de conversar contigo sobre como está sendo a tua experiência como pai do/a (*bebê*).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como está a tua rotina como pai do (*bebê*) neste momento?
2. E como tu estás te sentindo como pai do (*bebê*)?
3. O que tem sido mais difícil para ti como pai?
4. Quais as tuas principais preocupações como pai?
5. Em que momentos te sentes mais preocupado? Por quê?
6. Há algo de diferente daquilo que tu imaginavas, durante a gestação da tua esposa? O que?
7. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser pai do (*bebê*)? Por quê?
8. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?

9. Nesse momento, como te descreverias como pai?
10. Tem algo que gostaria de fazer diferente?
(*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
11. E como achas que as pessoas tem te visto como pai do (*bebê*)? Por quê?
12. E a tua esposa? Como achas que ela te vê como pai do (*bebê*)? Por quê?
13. Alguma coisa mudou na tua vida desde que teu bebê nasceu? (na relação conjugal, no trabalho, na família, etc) Como te sentes?
14. Existe algum modelo de pai que tu segues? Quem? O que consideras bom neste modelo?
15. Existe algum modelo de pai que tu evitas seguir? Quem? O que consideras ruim neste modelo?
16. Como o teu pai (*ou outro cuidador*) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
17. E do teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dele?
18. E a tua mãe (*ou outro cuidador*), como ela te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
19. E do teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?

IV. Eu gostaria de conversar contigo sobre as pessoas que ajudam a cuidar do (*bebê*) na UTI Neonatal.

1. Tu acompanhas os procedimentos médicos/enfermagem do (*bebê*)?
2. Como o (*bebê*) reage a esses cuidados?
3. E como é para ti acompanhar estes procedimentos?
4. Alguém da equipe te explica sobre os procedimentos?
(*Se sim*) Quem explica? (*Se não*) O que fazes quando não compreendes?
5. Como te sentes em relação à equipe médica? E de enfermagem?
6. Algum deles tem te ajudado na tua relação com o (*bebê*)? O que ele/a tem feito?
7. E algum deles tem atrapalhado na tua relação com o (*bebê*)? O que ele/a tem feito?
8. Como tu achas que eles te vêem como pai? Como te sentes?

V. Eu gostaria de conversar contigo sobre como tu estás vendo a mãe do (*bebê*).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Ela tem vindo ver o (*bebê*) no hospital?
(*Se sim*) Com que frequência ela fica na UTI? Quanto tempo em cada visita? O que ela costuma fazer? Como te sentes?
(*Se não*) Por que não vem? Tu gostarias que ela viesse? Como te sentes?
2. E quando está na UTI ela fica junto do (*bebê*)?
(*Se não*) Por quê? Como te sentes?
(*Se sim*) O que ela tem feito quando está com o (*bebê*)? (ex. Toca/acaricia/conversa/olha/pega no colo)
E como o (*bebê*) reage?
Tu achas que o (*bebê*) sabe que é a mãe que está com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto?
Tu achas que o (*bebê*) tenta interagir com ela de alguma forma? Como tu percebes isto?
O que mais te agrada no jeito dela lidar com o (*bebê*)? E o que te incomoda?
Ela tem ficado sozinha com o (*bebê*)?
3. Como te sentes quando ela cuida do (*bebê*)?
4. Como tu achas que ela está sendo como mãe do (*bebê*)? Por quê? Era como tu imaginavas?
5. Como esta a relação de vocês dois neste momento? Alguma coisa mudou com o nascimento do (*bebê*)?
(*Se sim*) O quê mudou?

VI. Eu gostaria de conversar contigo sobre quem tem te ajudado durante a internação do (*bebê*)?

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Tu tem recebido apoio de alguém neste momento?
 - Própria família (*Se sim*) Quem? O que tem feito? Como te sentes com esta ajuda?
 - Família da esposa (*Repetir as questões*)
 - Amigos/vizinhos (*Repetir as questões*)
 - Alguém mais? (*Repetir as questões*)

VI. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

Obs: Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional paterna/ sentimentos contratransferenciais despertados durante o processo/ situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que for importante e não apareçam na entrevista).

ANEXO F

Entrevista sobre a experiência da paternidade na gestação e no parto no contexto da prematuridade (NUDIF, 2010 adaptada do Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)

I. Poderias me falar um pouco sobre a gestação do (bebê).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como ficaste sabendo da gravidez?
2. Foi uma gravidez planejada?
(*Se sim*) Como foi decidir pela gravidez?
(*Se não*) Como ocorreu a gravidez?
3. E como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
4. E a tua companheira, como recebeu a notícia da gravidez?
5. E a tua mãe e o teu pai, como receberam a notícia da gravidez?
6. E a mãe e o pai da tua companheira, como receberam a notícia da gravidez?
7. E como foi a gravidez do (bebê)?
8. Alguma coisa mudou na tua vida após a notícia da gravidez (*relacionamento conjugal, trabalho, família, lazer, saúde, estado emocional*)?
9. Em termos físicos, como te sentiste durante a gravidez do (bebê) (*ex. dores, mal-estar, cansaço*)?
10. E em termos emocionais, como te sentiste durante a gravidez (*ex. estressado, desanimado, triste, alegre, ansioso*)?
11. Tu tiveste alguma preocupação durante a gravidez? Quais eram?
12. Como estavam os preparativos para a chegada do bebê?

II. Poderias me falar um pouco da tua relação com o (bebê) durante a gestação.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Tu ficaste sabendo do sexo do (bebê) durante a gravidez?
(*Se sim*) Quando foi? Como te sentiste?
(*Se não*) Por que não soube? O que tu esperavas?
2. E como foi a escolha do nome do (bebê)? Quem escolheu? Por que escolheram esse nome?
3. E tu percebias os movimentos do bebê? (*Se sim*) Quando? Como te sentias?
4. Como tu imaginavas que o (bebê) seria? Por quê?
5. Que preocupações tu tinhas em relação ao (bebê) durante a gravidez?
6. Tu soubeste de algum problema do (bebê) durante o pré-natal? (*Se sim*) Qual(is) foram? E como te sentiste?
7. Como imaginavas que seria o nascimento do (bebê)?
8. Tu imaginavas que o bebê pudesse nascer antes do tempo?
(*Se sim*) Por quê? Como te sentia pensando nisso?
(*Se não*) Como imaginavas que seria?

III. Poderias me falar um pouco como foi o parto do (bebê).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação?
2. Que preocupações tu tiveste em relação a tua esposa durante o parto? E em relação ao (bebê)?
3. Tu chegaste acompanhar o parto? Como te sentiste?

IV. Poderias me falar como foi o teu primeiro contato com o (bebê)

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Quando tu viste o (bebê) pela primeira vez?
2. O que mais te chamou a atenção nele? Por quê?
3. Como foi para ti este primeiro contato? Como te sentisse?
4. Tu sabes por que ele nasceu antes do tempo/prematuro?
(*Se sim*) Como te sentes frente a isso?
(*Se não*) Tu tens alguma idéia por que ele nasceu antes do tempo ou prematuro?
5. Como foi para ti o fato do (bebê) ter nascido antes do tempo?
6. E como foram os primeiros dias do (bebê)?
7. Que preocupações tu tinhas em relação ao (bebê)?
8. Alguém te apoiou nestes primeiros dias no hospital? Quem foi? O que fazia?
9. E a tua companheira? Ela te apoiou nesses primeiros dias no hospital?
(*Se sim*) O que ela fazia? Como te sentiste? (*Se não*) O que tu esperavas dela? Como te sentiste?
10. E teve alguém da tua família que te apoiou nestes primeiros dias no hospital? Quem foi? O que fazia?
11. E da família da tua companheira, teve alguém que te ajudou? Quem foi? O que fazia?
12. Como foi para ti o bebê permanecer internado sem poder levá-lo para casa? Como te sentiste?
13. Como te sentiste como pai nos primeiros dias após o nascimento do (bebê)?

V. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

Obs.: Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional paterna/sentimentos contratransferenciais despertados

durante o processo/situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que forem importantes e não apareçam na entrevista).

ANEXO G

Entrevista sobre a paternidade no contexto da prematuridade na pós-alta
(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP - UFRGS, 2009 adaptada de Marocco & Piccinini, 2007 e GIDEP/NUDIF – UFRGS,2003)

I. Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu dia-a-dia com o (bebê) em casa, após alta do hospital.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como está o estado de saúde do (bebê)? Ele tem precisado de algum cuidado especial/tratamento?
2. Está dentro do que tu esperavas?
3. Como está a tua rotina após a ida do bebê para casa?
4. Tu ficas com o (bebê) durante o dia? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
5. E a noite, tu permaneces com o (bebê)? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
6. E quando tu ou tua esposa não estão, algum familiar/amigo fica com o (bebê)? Quem é? Como te sentes?
7. E hoje, como está sendo para ti essa experiência em casa? Como te sentes?
8. O que tu mais gosta? Por quê?
9. E há algo que te incomoda e que tu não gostas? Por quê?

II. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua relação com o (bebê) após a saída do hospital.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Onde o bebê tem ficado quando está em casa? (berço, carrinho)
2. Quando tu estás com o (bebê), o que tu costumavas fazer? Por quê?
3. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do (bebê)?
4. Como tem sido para ti lidar com (bebê)? Como te sentes?
5. O que mais te agrada quando tu estás com o (bebê)? Por quê?
6. E o que mais te desagrada? Por quê?
7. Quando tu estas com o (bebê) tu costumavas:
 - Tocar/acariciar ele/a? (*Se sim*) Como ele/a reage? Como te sentes?
(*Se não*) Por que não faz?
 - Falar/conversar com ele/a? (*Idem*)
 - Ficar olhando para ele/a? (*Idem*)
 - Pegar ele/a no colo? (*Idem*)
 - Tu fazes mais alguma coisa? O quê? (*Idem*)
8. Tu sentes que já é possível entender o que o (bebê) expressa?
 - (*Se sim*) O que tu destacarias? Como tu sabes que tu entendes o (bebê)?
O que é mais fácil de entender? E o que é mais difícil de entender?
 - (*Se não*) Tu gostarias de entendê-lo? Como te sentes quando não consegues entendê-lo?
9. Na tua opinião, quais são as principais necessidades do (bebê)?
10. Tu achas que o (bebê) sabe quando és tu que estás com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto?
Como te sentes?
11. Tu achas que ele/a tenta interagir contigo de alguma forma? Como tu percebes isto? Com te sentes?
12. O (bebê) tem chorado?
 - (*Se sim*) Em que momentos? O que fazes? Como te sentes? E como o (bebê) reage?
Tu consegues entender por que ele/a chora?
 - (*Se não*) Por que tu achas que ele/a não chora? Como te sentes?
E como tu achas que ele expressa o que não gosta?
13. Como é o jeito do teu bebê? Imaginavas que ele seria deste jeito? (*se não*) O que é diferente?
14. Como está sendo a alimentação do (bebê)?
15. Como está o sono do (bebê)? (tranquilo, agitado...) Onde ele dorme?
16. E como tem sido quando tu tens que se afastar do (bebê)? Que momentos são esses? Como te sentes?
17. E tu percebes alguma reação do (bebê) quando tu te afastas dele/a? Como ele/a reage? Como te sentes?
18. E como tem sido quanto tu volta e se encontra com o (bebê)? Como ele/a reage? Como te sentes?

III. Gostaria de conversar contigo sobre como está sendo a tua experiência como pai do/a (bebê).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como está a tua rotina como pai do (bebê) neste momento?
2. E como tu estás te sentindo como pai do (bebê)?
3. O que tem sido mais difícil para ti como pai?
4. Quais as tuas principais preocupações como pai?
5. Em que momentos te sentes mais preocupado? Por quê?
6. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser pai do (bebê)? Por quê?
7. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
8. Nesse momento, como te descreverias como pai?
9. Tem algo que gostaria de fazer diferente?
 - (*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
10. E como achas que as pessoas tem te visto como pai do (bebê)? Por quê?
11. E a tua esposa? Como achas que ela te vê hoje como pai do (bebê)? Por quê?

12. Alguma coisa mudou na tua vida desde que teu bebê nasceu? (na relação conjugal, no trabalho, na família, etc) Como te sentes?

IV. Eu gostaria de conversar contigo como tu estás vendo a mãe do (bebê).

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Ela costuma ficar com o bebê?
 (Se sim) Com que frequência ela fica? Quanto tempo? O que ela costuma fazer? Como te sentes?
 O que ela tem feito quando está com o (bebê)? (ex. Toca/acaricia/conversa/olha/pega no colo)
 E como o (bebê) reage?
 Tu achas que o (bebê) sabe que é a mãe que está com ele/a? (Se sim) Como tu percebe isto?
 Tu achas que o (bebê) tenta interagir com ela de alguma forma? Como tu percebes isto?
 O que mais te agrada no jeito dela lidar com o (bebê)? E o que te incomoda?
 Ela tem ficado sozinha com o (bebê)?
 (Se não) Por que não fica? Tu gostarias que ela ficasse? Como te sentes?
2. Como te sentes quando ela cuida do (bebê)?
3. Como tu achas que ela está sendo como mãe do (bebê)? Por quê? Era como tu imaginavas?
4. Como esta a relação de vocês dois neste momento? Alguma coisa mudou com o nascimento do (bebê)? (Se sim) O quê mudou?

V. Eu gostaria de conversar contigo sobre quem tem te ajudado após o retorno do (bebê) para casa.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Tu tem recebido apoio de alguém neste momento?
 - Própria família (Se sim) Quem? O que tem feito? Como te sentes com esta ajuda?
 - Família da esposa (Repetir as questões)
 - Amigo/vizinho (Repetir as questões)
 - Alguém mais? (Repetir as questões)

VI. Eu gostaria de conversar contigo sobre o retorno do (bebê) para casa.

(caso não mencionar) Poderias falar um pouco mais sobre...

1. Para onde o bebê foi após a alta? (cidade, residência...)
2. Como estavam os preparativos para a alta do bebê? E para a chegada em casa (ou outra residência)?
3. Como tu te sentiste após a ida para a casa?
4. Como a mãe do bebê se sentiu?
5. E como a família reagiu com a chegada do bebê?
6. Quem cuidou do bebê? Alguém te ajudou?
7. Como foram os cuidados com o bebê em casa? Por quê? Como te sentes?
8. Tiveste dúvidas frente os cuidados com o bebê em casa? Quais?
9. Em termos emocionais, como achas que o bebê ficou após a ida para casa? Por quê?
10. E em termos físicos (saúde)?
11. Quais as tuas preocupações após a ida para casa?
12. O que mais te agradou?
13. E o que mais te incomodou?

VII. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

Obs: Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional paterna/ sentimentos contratransferenciais despertados durante o processo/ situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que for importante e não apareçam na entrevista).

ANEXO H

SRQ

(Para fins de aplicação oral- Projeto PREPAR)

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Você tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não	
02- Você tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não	
03- Você dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Você se assusta com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Você tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1- Sim	2- Não	
07- Você tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Você tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Você tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Você tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Você encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Você tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Você tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- Você é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Você tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Você tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Você sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Você tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	
A - Total de sim __ __			
21- Você sente que tem alguém que de alguma maneira quer lhe fazer mal?	1- Sim	2- Não	
22- Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	1- Sim	2- Não	
23- Você tem notado alguma interferência ou outro problema estranho c/ seu pensamento?	1- Sim	2- Não	
24- Você ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não podem ouvir?	1- Sim	2- Não	
B - Total de sim __ __			
			TOTAL A + B __ __

ANEXO I

EPDS

(Edinburgh Postnatal Depression Scale Validation Study, 1987, validada no Brasil por Santos et al., 2004 e adaptada para Projeto GRADO; NUDIF/UFRGS, 2008)

Irei fazer algumas perguntas e você me dirá qual a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca