

As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho

The family experiences in their home return with the first son

Cássia Regina Gotler Medeiros¹, Beatriz Regina Lara dos Santos²

RESUMO

Objetivo: Com a finalidade de subsidiar o cuidado de enfermagem à família em expansão, este estudo teve por objetivo identificar as vivências familiares no retorno ao lar com o primeiro filho, ampliando o enfoque do binômio mãe-filho para o da família no contexto domiciliar, no período puerperal.

Materiais e Métodos: Utilizou-se uma abordagem qualitativa, com um método exploratório e descritivo. Foram acompanhadas cinco famílias durante o período pós-parto.

Resultados e Análise de Dados: A análise de conteúdo revelou as categorias: mudanças na família; organização do cotidiano; cuidado familiar; sentimentos e percepções da família; relações da família; e necessidades familiares. Acredita-se que o vínculo da família com os profissionais de saúde, obtido por meio da confiança e da interação, facilita as ações educativas e a continuidade do processo de atenção à saúde familiar.

Considerações Finais: Recomenda-se que os serviços de saúde desenvolvam ações que contemplem as famílias nesta fase do ciclo vital e que este referencial seja incluído na formação do enfermeiro.

Palavras-chave: relações profissional-família; saúde da família; processos de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: With the purpose of subsidizing the nursing care to the growing family, this study aimed to identify the situations the family experiences when they come home with their first child, extending the focus of the binomial mother-child in the puerperal period to the whole family in the household.

Materials and Methods: A qualitative study and a descriptive-exploratory method were used. Five families were observed for a certain period of time after childbirth.

Results and Data Analysis: The analysis of contents revealed the following categories: family changes; organization of the daily life; the care among family members; the family's feelings and perceptions; family relations; and family needs. The connection of the family with health professionals, acquired through interaction and trust, is considered to facilitate the educational actions and the continuity of the process of providing health services to the families.

Final Considerations: It is recommended that the health services develop actions which consider the families in this stage of the family's vital cycle and that this reference is included as part of the nurse's academic training.

Keywords: professional-family relations; family health; nursing process.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Professora do Curso de Enfermagem da UNIVATES.

² Enfermeira. Doutora em Educação pela UFRGS. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUCRS.

INTRODUÇÃO

A partir da identificação das vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho, este estudo pretende fornecer subsídios para auxiliar a reflexão a cerca do preparo das enfermeiras para assistir às famílias no momento em que estas vivenciam uma grande mudança – o início do exercício da maternidade e da paternidade. Tal mudança implica na instalação de uma rede de apoio profissional eficaz que contemple a atenção domiciliar com enfoque na saúde da família.

Como um dos agentes da rede de apoio de atenção à saúde, a enfermeira deve contemplar, entre outras ações, as de educação em saúde, considerando a implicação do contexto familiar sobre o processo saúde-doença, respeitando a fase de desenvolvimento familiar e objetivando a autonomia desse grupo social.

A presença da rede de apoio de atenção à saúde no domicílio, ainda não faz parte da rotina da maioria dos serviços de saúde, apesar de ser uma das propostas da Estratégia de Saúde da Família. Até mesmo o atendimento pós-parto, em grande parte dos serviços, não está estruturado, ficando a família sem vínculo com o sistema de saúde quando retorna para casa.

Ávila¹ reforça que é imprescindível o acompanhamento da puérpera nos primeiros 15 dias após o parto. Percebe-se que grande parte das mulheres, após o nascimento do primeiro filho, volta ao serviço de saúde apenas para realizar a vacinação do bebê e o teste do pezinho, não privilegiando seu autocuidado. Geralmente, a puérpera só busca atendimento trinta a quarenta dias após o parto, algumas vezes, com algum problema já instalado.

No que se refere à educação em saúde, o nascimento do primeiro filho, embora pareça ser um processo biológico simples e natural, culturalmente tornou-se, muitas vezes, um processo complexo, e artificial para o qual os casais parecem estar cada vez mais despreparados². A família, geralmente, cria expectativas em torno da maternidade e da paternidade como algo maravilhoso e que só traz alegrias. Esperam um bebê lindo e participante que provocará nos pais um amor arrebatador e, muitas vezes, tais expectativas não se confirmam. Algumas vezes, os pais não estão

preparados para enfrentar as dificuldades do período pós-parto e do tempo de adaptação ao novo membro da família, assim como deste a ela. Tais fatos podem provocar sentimentos de frustração e culpa. Conforme Ávila¹, geralmente a ansiedade diante de situações desconhecidas também está presente, pois pouca informação é fornecida às gestantes sobre o período pós-parto.

Assistir às famílias no domicílio parece ser o melhor ambiente, pois é nele que as pessoas expressam mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença, sendo que esta assistência é de caráter imprevisível, pois a situação vivida, no hoje e agora, é que determina a necessidade do cuidado³.

Em um momento no qual vivenciamos tão grandes e profundas transformações, nunca se precisou tanto de um trabalho junto à nova família que está nascendo simultaneamente com cada novo bebê. Os futuros pais precisam ser orientados na transição entre ser cuidado e ser cuidador, assegurando uma família mais feliz e ajustada².

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é de abordagem qualitativa, utilizando o método exploratório descritivo e apresenta parte de dissertação de mestrado⁴. A amostra foi intencional, formada por cinco famílias selecionadas a partir dos seguintes critérios relacionados à puérpera: ter entre 20 e 39 anos; ter gestado e dado à luz ao seu primeiro filho; ter no mínimo quatro anos de escolaridade; residir com o pai do bebê em zona urbana; e receber alta hospitalar concomitantemente ao seu primeiro filho.

O primeiro contato com as famílias foi no hospital, no dia do nascimento do primeiro filho. Os próximos encontros foram no domicílio. Foram realizadas quatro visitas para cada família, sendo que duas na primeira quinzena e duas até o final do período puerperal, por volta do quadragésimo dia pós-parto. Procurou-se visitar as famílias em momentos em que o pai estivesse presente.

Utilizou-se, para a coleta de dados, entrevista semi-estruturada e observação participante, focalizando os vários membros familiares, a fim de estudar a variedade

de interações e relações dentro da família. O período de coleta de dados foi de três meses, no ano 2000, em uma cidade de médio porte do interior do RS. As observações duraram de quarenta a noventa minutos. Foram realizadas vinte observações e trinta e um foram os informantes, pois além da puérpera foram observados pais, avós, bebês, tias, primas e visitantes.

As entrevistas foram realizadas na última visita à família, participando o pai, a mãe e, em uma família, a avó materna. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a análise, que foi feita através da técnica de Análise de Conteúdo⁵.

As unidades de significado foram codificadas pela letra F, seguida de um número, que identificou a família. Depois, ou a letra E (entrevista), ou a letra O (observação), seguida de um número que identifica qual a observação em que se encontra a unidade. No caso da entrevista, ainda há outra letra que identifica o sujeito, M (mãe), P (pai) e A (avó). Durante a entrevista, solicitou-se que cada família escolhesse uma palavra que simbolizasse o momento que estavam vivenciando, e usou-se esta palavra a fim de identificá-las no decorrer da apresentação e análise dos dados: Família Maravilhoso, Família Céu azul, Família Aprendizado, Família Felicidade-Responsabilidade e Família Mudança.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁶, as famílias foram previamente consultadas e informadas sobre os objetivos, justificativa e eventuais desconfortos deste estudo, bem como da garantia do anonimato e sigilo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Mudanças na família

Com a inserção de um novo membro na família, os papéis anteriores ao nascimento do bebê mudaram. Esta mudança exigiu alguns ajustes e negociações, principalmente no que se referiu à participação do pai no cuidado ao bebê.

Os dados encontrados mostraram que a maior participação dos pais foi no auxílio nas tarefas domésticas, ficando o cuidado ao bebê mais ao encargo

da mãe e outras mulheres da família extensa. No entanto, a maioria das mães achou a participação do pai reduzida, embora considere normal ele não cuidar muito do bebê: "se para mãe, eu penso assim, no início, já foi meio difícil, imagina para ele." (F1. E.M).

A reduzida participação do pai provocou conflitos em alguns momentos: "Quando ela chorava de cólica, no fim ele se arrancava para a cozinha..." (F2. E.A). O fato de que a maioria dos maridos não contribui igualmente com as tarefas domésticas e com o cuidado dos filhos pode ser fonte de estresse, uma vez que a maioria das mães contribui para a renda familiar por meio de seu trabalho profissional, geralmente, fora do ambiente domiciliar⁷.

São poucas as mulheres que conseguem pedir ou aceitar a ajuda do esposo ou companheiro nos cuidados ao filho no pós-parto. O ambiente não acolhedor e a falta de assistência aos sentimentos do homem colaboram para que este fique indiferente à mulher e ao filho⁽¹⁾. Mesmo assim eles demonstraram interesse em participar do cuidado ao bebê: "Eu olho ela trocar, porque o dia que precisar trocar, eu já sei" (F4. E.P.).

Pode não ser tão fácil como o esperado, passar do 'filho sonhado' para a realidade do 'filho nascido'¹. Confirmando esta afirmação, quatro das cinco famílias do estudo relataram que a adaptação ao bebê foi difícil e gradual, principalmente, no período inicial. Estas dificuldades tiveram por motivo as exigências de cuidados com o bebê, como horários, aleitamento e higiene.

É natural que a princípio haja dificuldades para os pais compreenderem as necessidades do filho, mas, com a convivência, a vinculação entre eles aumenta. Os pais estão tensos e necessitam de tempo para se vincular ao filho e construir um lugar para ele, sem terem de perder o seu espaço¹.

A adaptação ao bebê não foi relacionada somente à família nuclear, também a família extensa vivencia esse processo. O nascimento de um filho é uma experiência familiar, sendo preciso pensar não apenas em "mulher grávida", mas em "família grávida"⁸.

Observou-se que todas as famílias encontraram a maior parte do apoio necessário na família extensa, com forte presença da avó materna, sendo que outros familiares assumiram o principal papel de apoio à

puérpera por doença ou ausência dessas. Monticelli⁹ afirma que sua vivência e a revisão de literatura mostram que o cuidado com as crianças e sua introdução na cultura são sempre tarefas de competência feminina e que a principal referência é, sem exceção, a avó materna. Somente na impossibilidade desta, por doença ou falecimento, outras mulheres assumem o apoio.

Na maioria das famílias, algum parente instalou-se no domicílio do casal, apenas uma família mudou-se para a residência dos avós maternos. A permanência constante destes familiares variou entre 15 a 35 dias, confirmando que é imprescindível o acompanhamento da puérpera nos primeiros 15 dias após o parto, pois é o período em que estão presentes as maiores necessidades de apoio.

O apoio da família, marido e amigos são fatores importantes na prevenção da depressão pós-parto¹⁰: "Eu queria a mãe perto de mim o tempo inteiro"... Eu tinha medo de dar mamã e ele se afogar, dele dormir e se afogar e eu não ouvir... (F3.E.M)

Apesar de valorizarem o apoio familiar e social, todas as famílias sentiram-se incomodadas, em determinado momento, com a presença de muitas pessoas em casa, pois dificultava o descanso da puérpera. A casa deixa de ser um lugar privado após a alta hospitalar, sendo freqüentada por um "pelotão" de pessoas¹. Além do aspecto descanso, as famílias sentiram dificuldades com as opiniões das visitas, que as deixava confusas e até assustadas: "Sempre tem vindo visitas e tem bastante palpite, principalmente dos mais velhos." (F5.O2).

A descrição deste tema mostra que, ao mesmo tempo em que a rede de apoio exerce um papel positivo e fundamental para a família, pode representar, em alguns momentos, incômodo e confusão, principalmente, se a família é despreparada para enfrentar a fase pela qual está passando - o nascimento do primeiro filho.

Organização do cotidiano da família

Todas as famílias relataram mudanças em suas vidas, algumas relacionadas ao cotidiano, outras, ao sentimento de maior responsabilidade. Quando a menina era educada para seu futuro papel materno,

havia menos mudanças em sua vida do que hoje, quando a mulher tem emprego ou carreira¹¹: "Eu não estou mais vivendo, eu estou vivendo em função dele... eu estou aqui, dentro de casa o dia inteiro" (F5.E.M).

Atualmente, as funções dos membros da família estão mudando. A mulher está dividida entre ter filhos e manter-se no mercado de trabalho e o homem está sendo chamado para auxiliar nas tarefas no lar e no cuidado com os filhos, funções para as quais não se preparou².

Duas famílias demonstraram preocupação, expressando que a adaptação ao bebê pode interferir no relacionamento do casal e nos hábitos de vida anteriores ao nascimento deste: "Nós três estamos nos adaptando... tua vida muda... a gente está procurando manter nossa vida como era antes..., mas não dá, a gente tem que abrir mão de muitas coisas, horários,... a tua relação de marido e mulher muda..." (F5.E.P).

Estudos indicam que as mudanças são irreversíveis, a família jamais será a mesma, pois os papéis sociais precisam ser reorganizados com a incorporação de "outra pessoa" ao grupo. Com o nascimento do primeiro filho, poderão estabelecer-se triangulações, caracterizadas pela oposição de dois membros da família em relação ao terceiro^{2,9}.

As mães, principais cuidadoras dos bebês, manifestaram preocupação em relação ao retorno ao trabalho. As mães percebem que a criança limita e dificulta sua inserção na força formal de trabalho, principalmente se não tem quem ajude a cuidar do filho¹².

Cuidado familiar

O nascimento do primeiro filho é uma situação que gera sentimentos ambíguos nos pais, na qual as alegrias são contrabalançadas pela insegurança e as exigências no cuidado ao filho¹.

Observou-se que todas as famílias utilizaram medicamentos para cólicas, mesmo sem ter certeza de que este era o motivo do choro do bebê. As mães necessitam de esclarecimento e repouso para reduzir suas próprias tensões e aceitar as cólicas do bebê como comuns e normais, podendo assim acalmar o filho¹³. Apesar de todas as famílias terem sido orientadas sobre os inconvenientes da chupeta em

relação à amamentação, quatro das cinco famílias do estudo a ofereceram para o bebê. Esta atitude parece estar relacionada à crença sobre o efeito calmante da chupeta. Entretanto, até o momento da última visita, todas as famílias estavam amamentando seus bebês.

O primeiro banho de imersão do bebê, em todas as famílias do estudo, envolveu a participação da rede de apoio familiar, sendo que quatro banhos foram realizados pela avó e um pela tia. A maioria das famílias, inicialmente, colocou o bebê para dormir na cama do casal, pois se sentiram mais seguras com o bebê mais próximo. Após orientação, sobre os inconvenientes desta atitude, constatou-se que todos os bebês passaram a dormir em berço próprio.

Observou-se que a supervisão ao bebê é constante e, em algumas famílias, chega a ser até obsessiva: "Quando o pai chegou, ela o mandou olhar o bebê e ficar com ele no quarto, pois podia vomitar. Ela recém havia olhado, mas insistiu para que ele fosse" (F4.O2).

Uma das dificuldades relatadas por algumas famílias foi entender o motivo do choro do bebê. As mães, em geral, sentem-se culpadas e incompetentes com bebês que não conseguem ser facilmente acalmados. Tal fato pode dificultar a relação entre a mãe e o bebê¹⁴: "No início quando ele chorava... ficava toda apavorada (F1.E.M)".

A manipulação e higiene do coto umbilical foi um cuidado realizado com grande dificuldade, pois gerou medo em todas as mães. Tal cuidado, raramente, é encarado com naturalidade, é sempre envolto por perigo, medos e aflição, principalmente quando a queda do coto umbilical é demorada⁹.

O aleitamento também foi um fator de dificuldade para quase todas as famílias, devido às complicações mamárias e à disponibilidade de tempo exigida das mães: "... tu vêes que as horas vão passando, a criança está chorando... e tu vêes que não vem nada e ele fica brabo e tu começa a ficar ansioso... meu filho vai morrer de fome..." (F5.E.P).

Alguns desconfortos são esperados como ocorrência natural da amamentação, porém alguns como o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares, provocam sofrimento, podendo ter influência na continuidade do aleitamento materno. A amamentação pode fazer com que a mulher se sinta limitada para

fazer outras tarefas, assim como cansada e prejudicada por ter, muitas vezes, que interromper o sono para alimentar seu filho¹².

O cansaço das mães, por ter de estar disponível todo o tempo para o bebê, é expresso: "o que a incomoda são as noites mal-dormidas, apesar de estar conseguindo dormir um pouco durante o dia..." (F2.O3). A privação de sono é uma das causas da oscilação de humor da puérpera¹⁵.

As queixas da mãe da família Aprendizado basearam-se, principalmente, no fato do bebê solicitar o peito com muita frequência. A orientação de aleitamento materno por livre demanda foi percebida pela mãe como inadequada e de difícil realização.

Observou-se que as demandas de cuidado referidas pelas mães prevaleceram, principalmente, durante os primeiros dez dias. Tais demandas estavam relacionadas ao desconforto físico sentido pela mãe após o parto e à adaptação às exigências do bebê. Porém, em três famílias, na alta hospitalar, as mães foram orientadas a procurar o serviço de saúde apenas quinze dias após o parto, para realizar a vacinação do bebê.

Em quatro das cinco famílias pesquisadas, os mitos e as crenças populares estiveram presentes, com maior ênfase nas duas famílias com menor renda. Os ritos com alimentação e higiene são mais do que simples cuidados com o corpo da mulher, traduzindo a cultura do próprio grupo, na qual os alimentos são cheios de símbolos afetivos e sociais. As mudanças culturais não se deram de forma definitiva, a mudança é gradual. Hoje não se usa mais o enfaixamento total do corpo da criança, mas permanece o uso do "cinteiro", que continua aquecendo o umbigo. Pelo mesmo motivo, continuam a serem usados "remédios caseiros", como o óleo de cozinha para proteção do coto umbilical⁹.

Observa-se que muitos hábitos estão relacionados à prevenção do Tétano neonatal, também conhecido como o "mal dos sete dias": "A mãe disse para entrar e fechar logo a porta, porque era o sétimo dia e o bebê não podia pegar vento. Não tirou o bebê do quarto durante toda visita. Disse que não sabia por que o sétimo dia era perigoso, e o pai dela sempre cuidou deles no sétimo dia e ela ia cuidar, pois só tinha esta filha" (F4.O2).

O uso de chás caseiros permanece presente nas famílias. Apesar das orientações dos profissionais, observa-se uma resistência em não oferecê-los ao bebê, principalmente, por parte das avós. Em alguns momentos, as crenças familiares são divergentes das orientações dos profissionais de saúde. Tal fato pode provocar insegurança e dificuldade de eleger o cuidado a ser realizado: "o bebê estava com uns 'caroços' no peito e a mãe pediu-me para olhar. Ela disse que o pediatra falou para não apertar, mas a avó disse que se não apertar ela não vai ter bico depois" (F4.O3). Observou-se que a opção por seguir a orientação profissional ou a popular esteve muito ligada ao tipo de interação que a família tinha com o serviço de saúde.

Sentimentos e percepções da família

Durante a primeira semana após o parto, é muito comum a mãe apresentar labilidade emocional, na qual se alternam momentos de euforia e de depressão, podendo, em alguns casos, ser intensa¹.

Na família Aprendizado, a mãe relatou que: "conta no calendário os dias, na expectativa de que passe logo esta fase. Está sendo muito difícil para ela, não esperava que fosse assim, sente falta de sair, tomar um ar. Diz que parece que o bebê suga ela inteira" (F2.O3).

A responsabilidade de assumir novas tarefas e a limitação de algumas atividades anteriores são algumas das causas da labilidade emocional. Muitas vezes, ocorre desapontamento e a sensação de que "não era isso que eu esperava", junto com a idéia de não ser capaz de enfrentar a nova situação¹⁴. Em duas famílias, observou-se que as mães sentiram-se ansiosas para retornar ao trabalho, demonstrando até certo receio de que isto não fosse possível. Ter um filho envolve algumas renúncias, que são temporárias, mas geram o temor de que se perpetuem⁸.

As famílias percebem o bebê como um ser bastante frágil. Por isso, sentem medo ao manuseá-lo. "A mãe disse ter medo de ficar sozinha à noite com o bebê... que por ele ser tão pequeno tem medo de pegar, de mexer" (F3.O1). A maioria das famílias tem medo que o bebê asfixie-se com seu próprio vômito, tendo sido esta a maior causa de preocupação para elas. Observou-se que as famílias ficam em constante estado de alerta, principalmente as mães, o que as deixa bastante

esgotadas: "... é o medo, o tempo inteiro pensando e cuidando, será que ele vai ficar bem, não vai afogar-se, vai virar-se, vai ter alguma coisa, está quentinho?" (F5.O3).

A maioria descreveu seus sentimentos em relação ao bebê como alegria, amor, felicidade, carinho e responsabilidade. Apesar destes sentimentos predominarem, outros foram citados, como a impaciência, exemplificado por estes relatos: "... sente como se a criança fosse esganada, só quer comer... não tem paciência quando o bebê adormece no peito mamando só um pouco. Quer que ela mame bastante e durma para doer o seio de uma vez só" (F2.O1). As características do recém-nascido provocam diferentes reações nas mães, que por sua vez, influenciam o padrão de reações do bebê. Um bebê irrequieto e voraz pode fazer com que sua mãe sintá-lo como insatisfeito e insaciável, sugando-a, esgotando-a e privando-a de coisas importantes¹⁴.

Duas famílias referiram sentir pena de vacinar o bebê, preferindo não estar presente neste momento: "... ia pedir para alguém levar o bebê para vacinar porque não tem coragem, ela é muito pequenina" (F4.O1). Acredita-se que este sentimento, associado à idéia de fragilidade do bebê, possa contribuir para o adiamento do início do esquema vacinal em algumas famílias.

Constatou-se que, após o parto, a rede de saúde representou uma pequena parcela do apoio às famílias. Duas delas puderam contar com a orientação do pediatra e uma família buscou ajuda na Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Para a família Felicidade-Responsabilidade, a estrutura hospitalar representou segurança e apoio, "a família ficou um dia a mais no hospital esperando o leite descer. O pai disse que 'pediram para que fosse dado leite artificial, e acompanhou a 'enfermeira' para ver se estava dando mesmo... agora que veio o leite materno, estão tranquilos" (F5.O1).

Voltar para casa significa perder a proteção do hospital e dedicar-se às obrigações que a maternidade impõe, exatamente em um momento de carência e insegurança¹. "O pai contou que foi muito difícil para eles a demora da 'descida do leite', que os profissionais explicavam como era, mas de uma forma muito seca e eles não ficavam convencidos. Achou que faltou o lado

humano do profissional, o pai disse que 'claro é muito difícil, é o cotidiano, mas cada pessoa que está lá é uma pessoa, é um momento novo para ele, é único'" (F5.O4). Um dos fatores básicos para a decisão e continuidade da amamentação é a postura da equipe de saúde, oferecendo apoio e informação à família¹⁴.

Outras percepções foram positivas, ressaltando o lado humano dos trabalhadores em saúde: "Como é bom a segurança, tinha uma enfermeira, essa senhora passou uma segurança para a gente, ela pegava esse bebê com tanto amor, com tanto carinho, conversou com a gente, eu acho que vale mais que muita coisa. Só aquele lado humano e a experiência dela foi tudo" (F5.E.P).

Esta família também falou de sua frustração com a atitude autoritária de alguns profissionais no hospital. "Ficaram frustrados, pois combinaram que ele (o pai) entraria na sala de parto e na hora não foi permitido. A mãe pedia por ele e eles diziam que ele já estava vindo..." (F5.O1). Geralmente, a equipe prepara tudo para que a cirurgia corra bem, mas se esquece que a mulher precisa sentir-se amparada e apoiada neste momento, e da companhia de um ente querido, como a de seu companheiro, que a tranquiliza e dá segurança. A parturiente precisa ser respeitada e ouvida nos seus sentimentos, opções e vontades, pelas pessoas que a cercam, e não apenas de companhia¹.

Observou-se que, assim como a busca de apoio para o cuidado ao bebê dependeu do tipo de interação com os serviços de saúde, o cuidado à puérpera seguiu a mesma linha. As famílias que tinham algum tipo de interação procuraram os serviços de saúde, públicos ou privados. Outras buscaram os conselhos populares, normalmente da própria família. Existem diferentes tipos de interação entre o sistema popular e o sistema profissional de saúde, e a natureza desta interação é que determina quem as famílias procuram quando necessitam atendimento em saúde⁹.

Relações da família

O vínculo mãe-filho está profundamente relacionado ao progresso da mãe nas fases de aceitação e participação. Nesse momento, a mulher sente-se "mãe", assumindo maior responsabilidade pelo cuidado ao filho¹⁷. Esta afirmação está ilustrada na observação de

que "no 14º dia após o nascimento, a mãe trocou o bebê pela primeira vez e disse que '... sentiu-se muito bem, mais segura, mais mãe'" (F3.O3).

Os pais, apesar de se sentirem um pouco excluídos, esforçam-se por estabelecer o vínculo com o bebê. "Às vezes, eu pego ele no colo, ele dá uma resmungada, será que vai chorar, vai querer a mãe dele. Aí eu insisto mais um pouco, emballo ele, beijo ele, daí ele acalma, às vezes dorme, às vezes não, chora, é ma má. É uma coisa que ainda eu não posso fazer. Mais tarde, quando tiver a mamadeira, daí ele vai aceitar a mamadeira do pai dele" (F3.E.P).

Na maioria das famílias, observou-se uma boa interação com o bebê. Na família Aprendizado, no entanto, observou-se certa dificuldade, "ainda não se observam gestos de carinho da mãe, os gestos parecem automáticos. O bebê ficou no colo do pai, mas começou a choramingar e ele achou que não tinha jeito para pegar e deu o bebê para a avó" (F2.O4). Para o casal, constatar que o filho tão sonhado é uma criaturinha que apenas chora, dorme, exige atenção e parece indiferente a tudo, pode provocar decepção e perplexidade¹.

Outras mudanças que se pôde observar, disseram respeito à divisão de tempo e atenção entre os pais e o bebê, bem como no tocante ao relacionamento sexual do casal. "O nascimento do bebê costuma alterar a relação sexual do casal. A frequência e o desejo de ter relações sexuais diminuem no período pós-parto¹⁵. "Agora a vida do casal muda, tu tens que estar consciente disso, o marido principalmente, que eu acho que geralmente o homem se liga mais em sexo que a mulher, até pelo próprio momento que a mulher está passando também e a gente tem que ter mais paciência..." (F5.E.P).

Conforme já foi visto nas outras categorias, os avós representam um papel muito importante para o equilíbrio das famílias. O relacionamento com eles na maioria das famílias foi muito bom. Observaram-se apenas alguns episódios de conflito, quando as mães acharam que a interferência dos avós não foi positiva ou não correspondeu às suas expectativas.

Necessidades da família

Todas as famílias relataram terem aumentado as

demandas financeiras após o nascimento do bebê, o que gerou algumas dificuldades. O aumento da demanda financeira ocorreu principalmente pela mãe parar de trabalhar ou porque algumas famílias procuram o atendimento privado, pois não confiam no atendimento público, muitas vezes, prestado pelo mesmo profissional. Outras utilizam um atendimento misto, recorrendo ao sistema público e ao sistema privado, como no caso das famílias que fizeram o pré-natal no consultório particular e o parto ou os exames pelo SUS.

De todas as necessidades das famílias, a que apareceu com maior ênfase foi a de educação em saúde. No decorrer das visitas, percebeu-se a grande carência de informações que as famílias têm sobre os mais variados aspectos. "Ninguém me falou o que tinha que fazer. Acho que pensaram que eu sabia tudo" (F4.E.M).

Mesmo em famílias que foram atendidas pelo setor privado, observou-se deficiência de orientações. A maior fonte de informações que eles tiveram foi por meio de leituras feitas por iniciativa própria e diálogos com a rede de apoio familiar. Nossa sociedade ainda não se deu conta das dificuldades da gravidez e, por isso, não oferece o apoio necessário¹⁴.

A mãe da família Aprendizado falou que "eu queria que alguém me dissesse que as coisas são assim. Alguma pessoa que fosse mãe... explicasse como é ter uma criança dentro de casa. Porque eu não tenho experiência nenhuma, não sabia que iria ser assim..." (F2.E.M).

Algumas famílias receberam folhetos educativos no hospital e os consideraram muito adequados. Outras deixaram os folhetos de lado e só leram após o incentivo da pesquisadora, achando que as informações eram importantes, mas "este manual deveriam ter dado antes do nascimento. Não adianta depois que nasce. Porque daí a gente já está preparado" (F2.E.M). Percebe-se que estes folhetos precisam ser trabalhados pela equipe de enfermagem, junto com as famílias, não basta deixá-los no quarto. No entanto, é necessário perceber o momento adequado para levar informações à mãe, pois "a mãe falou que no hospital falam muitas coisas, mas ela não conseguiu apreender muito, pois estava meio atordoada" (F1.O1). O alojamento conjunto

não foi aproveitado como um espaço educativo. Em relação aos cuidados com o bebê uma mãe declarou: "elas não trocam na tua frente, elas levam, eu acho que para lavar, por isso eu não acho muito legal, o melhor seria se elas trocassem na frente da gente" (F5.E.P).

A necessidade de trabalhar impede, muitas vezes, que as famílias aproveitem algumas oportunidades educativas que são oferecidas pela Rede Básica de Saúde, mas que seguem horários convenientes ao serviço, não à clientela. "A mãe disse que nunca conversou com a equipe de saúde da Unidade Básica sobre estes medos e que gostaria de ter participado do grupo de gestantes e do Planejamento Familiar, mas não pode porque trabalhava" (F4.E.M).

As famílias buscaram orientações a fim de se preparar para a vinda do bebê. Todas trocaram informações com pessoas que já tiveram filhos e três delas, também, procuraram informar-se por meio da literatura. A família acha-se mais aberta à intervenção durante o tempo de crise, quando as fronteiras do sistema da família estão mais permeáveis¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta investigação, algumas considerações podem ser feitas a respeito do cuidado à família em expansão. Este cuidado deve iniciar, caso seja possível, antes mesmo da concepção, por meio do planejamento familiar, entendido não somente como métodos de contracepção, mas de preparação para a maternidade e a paternidade.

A orientação antecipatória a respeito das vivências do puerpério deve fazer parte dos programas de assistência pré-natal, adaptando-se os mesmos para que o pai e os avós possam participar. Estas orientações têm que transcender a dimensão biológica, incluindo a psicológica e a social. Embora se acredite que a orientação em grupos seja mais eficaz, a individual também é importante, tendo em vista que nem todos os membros de uma família dispõem de tempo para participar de grupos educativos.

Os serviços de saúde precisam olhar com mais atenção para esta fase do ciclo de vida familiar, organizando formas de atenção a fim de não deixarem a família desamparada neste período. Uma das formas seria estruturar a contra-referência da família, do

hospital para a Unidade Básica de Saúde, com sistema de agendamento.

As instituições de saúde precisam repensar o cuidado humanizado à família no ciclo gravídico-puerperal, principalmente, no que se refere à educação permanente de seus profissionais. A responsabilidade por estimular as famílias a se tornarem sujeitos no processo de reprodução, adquirindo autonomia e assegurando o seu direito a um atendimento humano e digno, deve fazer parte da atuação da enfermeira junto a elas.

A formação acadêmica dos profissionais de saúde deve incluir o referencial teórico e a vivência prática de assistência à família, principalmente, no âmbito domiciliar. Nesta questão, destaca-se o respeito ao espaço domiciliar, que não deve jamais ser invadido, mas sim compartilhado com a família, valorizando seus saberes e suas práticas. O vínculo da família com os profissionais de saúde, obtido através da confiança e interação, facilita as ações educativas e a continuidade do acompanhamento.

Espera-se que os resultados desse estudo possam subsidiar o cuidado às famílias e a formação de novos profissionais, bem como estimular outros pesquisadores a aprofundarem esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Ávila AA. Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu; 1998.
2. Bergami NBB, Berthoud CME. Família em fase de aquisição. In: Cerveny CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p. 46-73.
3. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. Fam Saude Desenvolv. 1999;1(1/2):21-6.
4. Medeiros CRG. As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho [dissertação]. Porto Alegre(RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70; 1977.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 – 10 outubro 1996. Diário Oficial da União, 1996 Oct 16;Seção 1:21082-5.
7. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento humano. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
8. Maldonado MT. Maternidade e paternidade. Petrópolis: Vozes; 1989.
9. Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe; 1997.
10. Rocha FL. Depressão puerperal: revisão e atualização. J Bras Psiquiatr. 1999;48(3):105-14.
11. Pincus L, Dare C. Psicodinâmica da família. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
12. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.
13. Riesco MLG, Tsunehiro MA. A mãe primípara e o cuidado do filho após a alta hospitalar: problemas sentidos e evidenciados. Rev Paul Enferm. 1990;9(1):8-10.
14. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14.ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
15. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
16. Carraro TE. A mulher no período puerperal: uma visão possível. Texto & Contexto Enferm. 1997;6(1):84-91.
17. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.
18. Boyd ST. Base conceptual para la intervencion de enfermeria con las familias. In: Hall J, Weazer B, organizadores. Enfermeria en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. Washington: OPAS; 1990. p. 184-200.

Endereço para correspondência:

Cássia Regina Gotler Medeiros
Av. Avelino Tallini 171, Bairro Universitário
Lajeado - RS
Telefone: +55 51 97125854
E-mail: cassiargm@terra.com.br