

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO RETORNO AO LAR
COM O PRIMEIRO FILHO**

CÁSSIA REGINA GOTLER MEDEIROS

Porto Alegre, junho de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO RETORNO AO LAR
COM O PRIMEIRO FILHO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

CÁSSIA REGINA GOTLER MEDEIROS

Orientadora: Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

Porto Alegre, junho de 2001

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos
Presidente

Prof. Dr. Claus Dieter Stobaiis - PUCRS
Membro

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
Membro

Profa. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro
Membro

Dedico este estudo à minha família, permanente fonte de amor e incentivo, os quais permitiram-me chegar ao final desta etapa.

AGRADECIMENTOS

À professora Beatriz Regina Lara dos Santos, por sua imensa capacidade de incentivo e motivação. A segurança e competência de sua orientação tornaram possível a realização deste estudo, e a forma humana e acolhedora de se relacionar transformaram este período em momentos agradáveis e enriquecedores.

À Coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo apoio recebido durante todo o curso.

Às colegas do curso de mestrado, pelos momentos de convivência e aprendizagem, especialmente às amigas Simone Algeri e Andréia Gustavo.

Em especial, à minha grande amiga Jane Brum, que me incentivou e me ajudou a iniciar esta jornada.

À minha sempre amiga Eliane Marques Vial, companheira na trajetória junto às "famílias grávidas", com quem aprendi novos olhares ao ser humano.

À minha mãe, pela "substituição" no cuidado aos meus filhos e pelo auxílio no levantamento dos dados das Declarações de nascidos vivos.

Ao meu pai, que me motivou com sua satisfação ao me ver perseguindo este objetivo.

Aos meus irmãos, Mauro e André, por me emprestarem o conforto de seus lares e sua convivência durante o curso, em especial, à minha irmã Sônia, pela paciência de ler meus manuscritos.

À minha prima Márcia Roismann, pela competente versão do Abstract desta Dissertação.

À minha cunhada Adriane Bettio Gotler, pelas "correrias" dos momentos anteriores à apresentação desse estudo.

Ao meu companheiro, Edegar, e meus filhos, Jean, Felipe e Gabriela, por segurarem a "barra" financeira e emocional.

Às bolsistas Adriana Aparecida Paz e Alessandra Mendonça Cesar, pelo trabalho de transcreverem as fitas.

E, muito especialmente, as cinco famílias que participaram deste estudo, proporcionando-me momentos de muita troca e crescimento.

“A chegada do primeiro bebê é um dos eventos mais desafiadores da vida, talvez o mais desafiador. É uma oportunidade para o crescimento pessoal e maturidade, bem como uma oportunidade para promover o desenvolvimento e ser responsável por outro ser humano”.

Brazelton (apud Berthoud e Cervený, 1997, p. 59).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1 FALANDO DE FAMÍLIA.....	5
2.2 FAMÍLIA EM FASE DE EXPANSÃO	9
2.3 FAMÍLIA E O NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO	10
2.4 INTERAÇÃO ENFERMEIRA E FAMÍLIA EM FASE DE EXPANSÃO	14
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 Área Temática	19
3.2 Questões Norteadoras	19
3.3 Tipo de Estudo.....	20
3.4 Contexto de Realização do Estudo	20
3.5 Procedimentos Metodológicos	22
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	27
4.1 CONHECENDO AS FAMÍLIAS DO ESTUDO	27
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	75
5.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS.....	133

RESUMO

Esta é uma pesquisa do tipo qualitativo, que tem como objetivo conhecer as vivências da família quando retorna ao lar após o nascimento do primeiro filho. No Referencial Teórico, são abordados os seguintes temas: a família, a família em fase de expansão, a família na situação do nascimento do primeiro filho e a interação da enfermeira com a família nesta fase do ciclo vital. Os sujeitos deste estudo são cinco famílias residentes em Erechim, intencionalmente escolhidas, a partir de alguns critérios previamente estabelecidos. A metodologia utilizada é o estudo Descritivo-exploratório. Para a coleta de dados, os instrumentos utilizados são a Entrevista Semi-estruturada e a Observação Participante. Os dados são agrupados em seis categorias preestabelecidas por cada questão norteadora, utilizando a análise de conteúdo: Mudanças na família, Organização no cotidiano da família, Cuidado entre os membros da família, Sentimentos e percepções da família, Relações da família, Necessidades da família. Foi possível constatar que os novos papéis desempenhados pelos pais exigiram alguns ajustes e negociações, principalmente no que se referiu ao papel paterno. A adaptação ao bebê foi considerada difícil, devido aos cuidados e disponibilidade exigidos por este e ao aleitamento. A família extensa foi o principal elemento de apoio para a família nuclear. As mães foram quem mais sentiram as mudanças, tendo dificuldades para reorganizar seu cotidiano e preocupando-se com o retorno ao trabalho. As dificuldades para o cuidado ao bebê relacionaram-se ao choro, manipulação, higiene e aleitamento. O auxílio nas tarefas domésticas apareceu como importante para a recuperação da mãe e para a tranquilidade desta, neste período. Muitos mitos e crendices populares estiveram presentes nas famílias. A labilidade emocional apareceu nas mães, justificada por elas devido ao estresse de ficar todo o tempo disponível para o bebê e por se sentirem despreparadas e surpresas com a situação vivenciada, tendo receio de não retomarem a vida anterior ao nascimento do bebê. Os serviços de saúde negligenciaram as necessidades de acompanhamento das famílias no pós-parto, sendo procurados por elas somente em caso de doença. Observou-se um bom relacionamento entre a família nuclear e a extensa. As maiores necessidades observadas junto às famílias foram financeiras e de educação em saúde. A maior fonte de informações que tiveram foi da rede de apoio social. Percebeu-se a necessidade da educação antecipatória a fim de proporcionar segurança e tranquilidade para as famílias e prevenir inúmeras intercorrências através do estabelecimento do vínculo destas famílias com a rede de saúde.

Palavras-chave: família, família em expansão, nascimento do primeiro filho, cuidado de enfermagem domiciliar.

ABSTRACT

This is a qualitative research, which aims to unveil the life experiences of families when they return home after the birth of their first child. The theoretical model approaches issues related to the thematic area: the family, the family in the expansion stage, the family in the position of the birth of their first child, and the interaction of the nurse in this stage of the child's life. The subjects of this investigation, intentionally chosen upon the criteria previously established, were five families residing in Erechim. The design of this case study was descriptive exploratory. Tools used for data collection were semi-structured interview and participated observation. From data analysis through the content analysis, six categories were established: changes in the family, organization of their daily activities, care among family members, perception and feelings of the family, their relationships, their needs. It was possible to verify that the new roles performed by the parents required some adjustments and negotiations, especially in regards to the paternal role. Due to the need for care, for parents' availability and for the nursing required, the adaptation to the baby was considered difficult. The extended family was the main component of support to the nuclear family. The mothers were the most affected ones in regards to the changes, for they had difficulties in reorganizing their daily routine and were concerned about their return to work. The difficulties in relation to the babies were in regards to crying, handling, hygiene and nursing. The assistance received by the mothers in domestic tasks was considered important for their tranquillity and recovery during this period. Many myths and popular beliefs were present in the families. The mothers showed emotional insecurity and this was justified by them due to the stress of being available to the baby at all times. They also felt unprepared and surprised with the situation experienced as well as feeling uncertain of being able to resume their life prior to the baby's birth. The health services neglected general assistance to the family during the after-birth, being present only in case of illness. A good relationship was perceived between the nuclear and the extended family. The greatest needs observed in the families were in health education and financial resources. The greatest source of information the families had was from the social support system. It was noticed the need for prior education as to provide assurance and tranquility for the families and prevent countless conflicts/dissonance through the establishment of a bond between these families and the health system.

Key words: family, family in expansion, birth of the first child, nursing home care.

RESUMEN

Esta es una investigación del tipo cualitativa, que tiene por objetivo conocer las experiencias de la familia cuando vuelve al hogar después del nacimiento del primer hijo. En el Referencial Teórico son abordados los siguientes aspectos: la familia, la familia en fase de expansión, la familia en la situación del nacimiento del primer hijo y la interacción de la enfermera con la familia en esta fase del ciclo vital. Los sujetos de este estudio son cinco familias que viven en Erechim, intencionalmente elegidas, partiendo de algunos criterios previamente establecidos. La metodología utilizada es el estudio Descriptivo-exploratorio. Para la recolección de datos, las herramientas utilizadas son la Cita Medio estructurada y la Observación Participante. Los datos son agrupados en seis categorías preestablecidas por cualquier cuestión generadora, utilizando el análisis del contenido: Cambios en la familia, organización del día a día de la familia, Cuidado entre los miembros de la familia, sentimientos y percepciones de la familia, Relaciones de la familia, Necesidades de la familia. Fue posible constatar que los nuevos papeles desempeñados por los padres exigieron algunos ajustes y negociaciones, principalmente en el que se refiere a la función del padre. La adaptación del niño fue considerada difícil debido a los cuidados y disponibilidad exigidos por este y al amamantamiento. La familia extensa fue el principal elemento de apoyo para la familia nuclear. Las madres fueron las que más sintieron los cambios, teniendo dificultades para ordenar su rutina y preocupándose con la vuelta al trabajo. Las dificultades para el cuidado con el bebé se relacionan al lloro, manipulación, higiene, amamantamiento. El auxilio en las tareas domésticas surgió como siendo muy importante para la recuperación de la madre y para la tranquilidad de ella durante este periodo. Muchos mitos y creencias populares estuvieron presentes en las familias. La labilidad emocional surgió en las madres, justificada por ellas debido al estrés de no quedar todo el tiempo disponible con el bebé y por no sentirse preparadas y sorprendidas con la situación vivida, teniendo miedo de no regresar a la vida anterior al nacimiento del bebé. Los servicios de salud no ayudaron en el acompañamiento de las familias en el posparto, siendo procurados por ella sólo en casos de enfermedad. Se constató una buena relación entre la familia nuclear y la extensa. Las mayores necesidades fueron observadas junto a la familia fueron de finanzas y de educación en salud. La mayor fuente de información que tuvieron fue de la red de apoyo social. Se percibió la necesidad de educación anticipada, para así proporcionar seguridad y tranquilidad para las familias y prevenir muchas ocurrencias por medio del establecimiento del vínculo de estas familias con la red de salud.

Palabras clave: familia, familia en expansión, nacimiento del primer hijo, cuidado de enfermería domiciliar

1 INTRODUÇÃO

Estar presente ao nascimento de um bebê é um momento que me desperta profunda emoção, desde o período acadêmico, no decorrer dos estágios, até hoje.

Costumava observar o quanto a alegria das mães, com a chegada do filho, vinha acompanhada de sentimentos ambíguos e apreensões. A própria chegada à maternidade era cercada de medos e insegurança.

Em 1986, por ocasião de meu primeiro emprego como enfermeira, em um hospital da cidade do interior, decidi que poderia fazer um trabalho de preparação para essas mães, de forma que vivenciassem a chegada de seus filhos com menos dificuldades.

Nessa época, em conjunto com uma psicóloga, organizei um curso para casais com o objetivo de lhes preparar para o nascimento de seu filho, a partir da convicção de que o trabalho deveria envolver o casal e não somente a mulher.

Começamos a realizar os cursos em entidades assistenciais, como a antiga Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Serviço Social da Indústria (SESI), concomitantemente, ministrávamos o curso em nível privado.

Quando iniciamos o trabalho, a psicóloga e eu, enfatizávamos a transmissão de informações, preocupando-nos em não esquecer de nenhum aspecto que considerávamos importante. Dividíamos o tempo dos encontros: em um primeiro momento, abordávamos apenas os aspectos físicos e, após, os psicológicos. Com o passar do tempo, fomos descobrindo que não poderíamos dissociar o físico do emocional e integramos o trabalho, abordando os assuntos de forma conjunta, conforme as carências do grupo, afinal, o ser humano é uma unidade, sendo esta inclusa num contexto maior e indissociável que é a família. Também, percebemos que não era a quantidade de informações que importava, mas sim as necessidades manifestadas pelo grupo através de suas dúvidas e medos. Incluímos técnicas vivenciais e dinâmicas de grupo para que essas necessidades aparecessem de forma mais espontânea, permitindo a expressão de sentimentos.

A partir dessas experiências e acompanhando alguns casais no puerpério e, também, mais tarde, quando o bebê já estava maior, descobri que esses períodos são muito complexos e acompanhados de grandes transformações familiares,

principalmente, quando se trata do primeiro filho. Segundo Ávila (1998), essas transformações podem advir de diversas causas, entre elas: a mudança de identidade dos progenitores ao assumirem novos papéis; a mudança na estrutura familiar; as dificuldades oriundas do cuidado ao bebê; as intercorrências relacionadas à amamentação; o excesso de visitas após o nascimento do bebê; as opiniões contraditórias emitidas pela rede de apoio social em relação aos cuidados com o recém-nascido e a puérpera; as dificuldades econômicas; os conflitos conjugais; os desconfortos físicos apresentados pela puérpera. As transformações na estrutura e dinâmica familiar advindas de uma ou mais causas ocasionam um grau considerável de ansiedade e insegurança nos seus membros.

Na minha observação, nos cursos de pré-natal, normalmente, o período do pós-parto é abordado de forma superficial, estando a ênfase maior dirigida à preparação para o parto. Carraro (1997) considera o puerpério como um período de tempo, muitas vezes, negligenciado na questão dos cuidados à mulher e sua família, deixando-se de considerar uma importante fase de mudanças fisiológicas e psicológicas. Ávila (1998, p. 64) também afirma que "pouco se informa às pessoas grávidas sobre o período pós-parto, o que faz com que se sintam ansiosas diante de situações desconhecidas".

Vários autores têm pesquisado e escrito sobre cuidados com o recém-nascido, amamentação, cuidados com a puérpera (Riesco e Tsunehiro, 1990; Pizzato e Poian, 1982; Moretti, 1993). No entanto, na minha percepção, a maioria tem centrado sua atenção nos aspectos biomédicos desse cuidado. Igualmente, percebo que a abordagem limita-se quase sempre ao binômio mãe e filho, não levando em conta a estrutura familiar, a forma como ela organiza-se, seus conflitos e sua própria cultura. Conforme Elsen e Marcon (1999), a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, portanto, não basta assistirmos a um indivíduo pertencente a ela, precisamos, sim, direcionar a assistência a toda família.

A importância das relações familiares na formação e desenvolvimento do ser humano tem sido destacada por vários autores (Brazelton, 1988; Maldonado, 1989; Winnicott, 1988). Assim, pelo que estudei e experienciei, tenho a convicção de que a forma como a família organiza-se quando retorna ao lar com o recém-nascido, as relações que se estabelecem, as mudanças no contexto, os sentimentos e os conflitos

interferem diretamente nos cuidados recebidos pelo recém-nascido e na saúde física e emocional de todos os membros da família. Zagury, citado por Donoso (1997), afirma que o nascimento do primeiro bebê é um fato, ao mesmo tempo, enternecedor, maravilhoso, divino, todavia extremamente cansativo, restritivo e amedrontador.

Acredito que um estudo sobre as transformações que ocorrem na família com a chegada do primeiro filho instrumentalizará os profissionais de saúde para a detecção precoce e intervenção em situações que, possivelmente, levariam a um desequilíbrio na família e, por conseguinte, a um distúrbio físico e/ou emocional de seus membros.

A família geralmente cria expectativas em torno da maternidade, como algo maravilhoso, que só traz alegrias, um bebê lindo e participante e um amor arrebatador que tomará os pais imediatamente. Quando tais expectativas não se confirmam e os pais não estão preparados para enfrentar as dificuldades do período pós-parto, do tempo de adaptação ao novo membro da família e deste a ela, muitas vezes, ocorre frustração e sentimento de culpa por parte dos pais. Conforme Ávila (1998, p. 138), "o mito da maternidade aceito em nossa sociedade afirma que as mães devem sentir só amor e ternura pelo bebê, e ainda satisfação por se sacrificarem a serviço do filho".

Acredito que a compreensão dessa dinâmica familiar possa auxiliar a enfermeira a interferir preventivamente junto à família, preparando-a, durante o pré-natal, para o que irá enfrentar quando retornar ao lar com o primeiro filho, prevenindo ou atenuando, dessa forma, inúmeros problemas que poderiam ocorrer neste momento.

Na minha experiência, percebo que a maioria das mulheres, após o nascimento do primeiro filho, só volta ao serviço de saúde 30 a 40 dias após o parto, algumas vezes, com algum problema já instalado. Por isso, a importância de agirmos preventivamente durante o pré-natal ou no puerpério imediato, preferencialmente no domicílio. De acordo com Ávila (1998), é imprescindível o acompanhamento da puérpera nos primeiros 15 dias após o parto. Vasconcelos (1997) afirma que as condições que determinam a saúde e a doença ocorrem fora dos Centros de Saúde, nas relações sociais e de produção, tal fato, entre outros, justifica a necessidade do atendimento domiciliar.

Outrossim, este estudo poderá auxiliar na reflexão a respeito do preparo que as enfermeiras necessitam para assistir às famílias num momento de grandes

transformações sociais geradas por questões econômicas e, conforme Biasoli-Alves e Simionato-Tozzo (1998), por "um processo de modernização guiado por um ideal 'igualitário', onde homem e mulher percebem-se como diferentes pessoal e idiossincraticamente, mas como semelhantes enquanto indivíduos". Essas transformações, que estão alterando os papéis dentro da família, implicam em uma rede de apoio que auxilie as famílias a vivenciarem a maternidade e paternidade da melhor forma possível. Para que este apoio seja eficaz, é necessário que a enfermeira conheça a implicação do contexto em que vivem as famílias sobre o processo saúde-doença. Este conhecimento poderá orientar as ações de educação em saúde, que devem respeitar a fase de desenvolvimento em que se encontra a família e o contexto em que ela está inserida, objetivando sua autonomia. Segundo Gorini (2000), as pessoas nem sempre residem próximas aos seus familiares ou amigos, por isso manter-se independente é valorizar seu espaço e melhorar sua auto-estima. Dessa forma, a auto-educação torna-se uma prioridade.

Assim, buscando subsídios para a atuação das enfermeiras junto a essas famílias, resolvi desenvolver esta investigação com o objetivo de

Conhecer as vivências da família quando retorna ao lar após o nascimento do primeiro filho.

Neste estudo não espero esgotar o tema, mas sim contribuir para que os profissionais de saúde: lancem um olhar mais abrangente para as jovens famílias; que considerem, no processo de cuidar, sua realidade, suas angústias e conflitos; percebam a dinâmica de sua reorganização após o nascimento do primeiro filho; e, principalmente, desenvolvam ações educativas que auxiliem a manutenção da saúde e equilíbrio familiar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No que se refere à educação e saúde, Berthoud e Bergami (1997) dizem que 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 despreparados. Ainda segundo as autoras, ajudá-los a compreender e acompanhar toda a trajetória do nascimento de um bebê e as implicações desta em suas vidas e na vida familiar é assegurar uma família mais feliz e ajustada.

Assim, optei por estabelecer como referencial teórico deste estudo, temas que subsidiam a ação educativa à família em situação do nascimento do primeiro filho.

A fundamentação teórica é baseada em resultados de estudos e reflexões de vários autores sobre: a família; a família em fase de expansão; a família na situação do nascimento do primeiro filho e a interação da enfermeira com a família nesta fase do ciclo vital.

2.1 FALANDO DE FAMÍLIA

Para falar em família na fase de expansão é preciso, primeiro, conceituar família, visto que essa tem sofrido inúmeras transformações. De acordo com Centa e Elsen (1999, p. 18):

"Estamos assistindo a troca de paradigmas e com ela a modificação substancial da nossa percepção da realidade e de valores. A sociedade pós-industrial é altamente tecnocrata e organizada de forma global: onde as grandes transformações estão modificando seus esquemas, metas e valores, e também estão transformando as famílias, as quais, muitas vezes, sentem dificuldades para adaptar-se e acompanhar o ritmo acelerado do desenvolvimento em curso".

Boyd (1990, p. 185) define a família como "um sistema social composto de dois ou mais indivíduos com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum" .

Fukui referenciado por Biasoli-Alves (1999) entende a família numa perspectiva sociológica, por laços de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos.

Osorio (1996, p. 16) afirma que

"Família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais - aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos) - (...) a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais".

De acordo com esses conceitos, várias são as estruturas sociais que podem ser classificadas como família. Segundo Osorio (1996), a estrutura e funções da família estão vinculadas às mudanças de paradigma sociocultural, sendo, portanto, um agrupamento humano cambiante. Devido a essas mudanças, observamos, hoje, inúmeras configurações familiares como famílias reconstruídas (separações), famílias monoparentais, famílias homossexuais e outras. No entanto, embora essas configurações estejam presentes e necessitem ser olhadas com mais atenção, neste estudo, centraremos nossa reflexão sobre a família nuclear.

Antes de falarmos a respeito da família nuclear, acreditamos necessário tecermos alguns comentários a respeito de algumas características da atual família brasileira, a fim de situarmos melhor o contexto deste estudo.

Conforme Goldani (1994), as famílias atuais apresentam maior diversificação nos arranjos domésticos e estão diminuindo de tamanho. Os arranjos de maior crescimento foram os de adultos vivendo só e de famílias monoparentais. Esta diversidade aumentou devido ao incremento no número de famílias reconstituídas.

Segundo a mesma autora, a participação de esposas e filhos no mercado de trabalho e na renda familiar, promove uma redefinição de padrões de hierarquia e sociabilidade. Entre 1960 e 1990, aumentou a participação feminina no mercado de trabalho de cerca de 16% para 39%. Também, diminuíram as taxas de fecundidade e a probabilidade de se casar como uma estratégia da população brasileira para enfrentar a crise econômica. Uma grande parcela da população sofreu uma deterioração em sua condição de vida, reflexo da ineficiência do setor público.

Goldani (1994, p. 10), deste modo, resume a atual situação da família, no que segue:

"... mudaram as condições de reprodução da população, mudaram os padrões de relacionamento entre os membros da

família, os modelos de autoridade estão em questionamento, a posição relativa da mulher alterou-se profundamente, e até mesmo a legislação redefiniu o conceito de família, em que só cabia um modelo de família legitimada pelo casamento com predominância do poder paterno e marital masculino, passa-se a algo mais próximo das práticas sociais vigentes”.

Segundo a autora, apesar dos maiores aumentos serem de famílias monoparentais, ainda, predomina o casal com ou sem filhos. Cerca da metade das famílias brasileiras estão em fase de expansão e/ou consolidação. Também, está caindo a proporção de casais com filhos vivendo com parentes.

Goldani (1994, p. 21) afirma que aparece como fator de maior impacto nas futuras mudanças da família a incorporação de novas tecnologias. Estas afetam a mortalidade e a reprodução. "No campo dos direitos e responsabilidades, a igualdade de gênero e oportunidades aparece como um dos fatores decisivos nas famílias brasileiras do futuro."

Bilac (1995), falando de famílias em camadas médias, infere que a mobilidade social, necessária ao progresso profissional, reforça o individualismo dos homens, cujas carências são predominantes na relação conjugal e das crianças que costumam ser o centro das atenções. A reprodução, nas famílias, parece depender basicamente do poder de consumo de bens e serviços. Devido às precárias condições oferecidas pelos serviços públicos de saúde e educação, a busca por serviços privados é cada vez maior, aumentando consideravelmente os custos da reprodução. Tal fato constitui forte estímulo ao trabalho feminino, somando-se à escolarização da mulher e à presença da empregada doméstica. A reivindicação de individualismo também para a mulher e de um padrão mais igualitário de relações entre os gêneros, afirma a autora, pode estar por trás da elevação recente das taxas de separação e divórcio no Brasil, nas camadas médias da população.

Segundo Castiel (1993, p.04), a família nuclear é composta pelo homem, a mulher e os filhos, embora outras pessoas possam conviver com eles, enquanto a família extensa constitui-se, "em um grupo difuso de parentes consanguíneos e pode compreender diversas famílias nucleares".

Osorio (1996) considera que a família pode apresentar-se sob três formatos básicos: nuclear, constituída por pai-mãe-filhos; a extensa, composta também por

outros membros que tenham quaisquer laços de parentesco e; a abrangente, que inclui mesmo os não parentes que coabitem.

A família nuclear moderna é o tipo de organização familiar mais comum em nossa sociedade ocidental, conforme Centa e Elsen (1999), está centrada nos filhos, tem um provedor, mobilidade social e a forma de convívio depende da classe social, encontrando-se, na classe média, o individualismo e, nas classes populares, a solidariedade indispensável à sobrevivência.

Biasoli-Alves (1999) afirma que a grande mobilidade das gerações mais novas que saem em busca de oportunidades de trabalho diminui a convivência da família nuclear com a extensa, distanciando as pessoas de suas famílias de origem. Isso torna a família nuclear solitária, mas, conforme Minuchi e Fishman (1990), nunca se deve subestimar a influência da família extensa nas funções da família nuclear. De acordo com estes autores, a família psicológica é sempre extensa, porque a matriz psicológica que a família de origem imprimiu em nós persiste e modela a relação com os outros.

Conforme Maldonado (1989), os estudos e pesquisas das últimas décadas levam mais em conta a dinâmica familiar como um todo no entendimento dos problemas do desenvolvimento emocional, inter-relacionando-a com fatores sociais e econômicos.

Considerando, de forma geral, as funções da família, a encontramos como o principal agente socializador das gerações mais novas. Conforme Biasoli-Alves (1999, p. 02), "fazem parte da habilidade e competência da família o produzir, organizar, dar forma e significado às relações entre seus membros". Essas funções sofrem sempre a influência de macros variáveis do social. As relações produzidas dentro da família irão gerar vínculos de apego, cuidado e lealdade intergeracional, sendo a família considerada como um sistema de cuidados.

Segundo Delaney (citado por Elsen e Marcon, 1999, p. 22), a família

"Serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde".

Centa e Elsen (1999, p. 19) afirmam que "como agente socializador, a família tem no amor e no apoio mútuo do casal a principal determinante da educação dos filhos, a fim de poder desempenhar a importante tarefa de formar hábitos, atitudes e

valores". Gomes, citado por Santos (1996, b, p.78), diz que os profissionais da saúde não podem considerar a socialização como vocação materna da mulher, pois enormes conflitos e contradições são experimentados pelas mães, tanto de classe popular como de classe média. Essas contradições encontram-se mediadas entre a "luta pela manutenção dos laços afetivos e pela manutenção das condições materiais de vida".

Segundo Castiel (1993, p. 11), o que mais interessa hoje no grupo familiar não é o seu caráter de organização econômica, "mas sua maior ou menor capacidade de formação da personalidade de seus membros".

Campos, Urzúa e Polanco (1985) inferem que a família, como unidade biopsicosocial, cumpre as seguintes funções sociais: reprodução, criação e manutenção dos filhos, desenvolvimento de uma base emocional e transmissão de condutas e valores. Diz que a família deve ser capaz de cumprir com sua função social de formar indivíduos sãos física e psiquicamente.

Tendo feito essas considerações sobre os tipos de famílias que serão abordados, conceituarei a família em fase de expansão, principal objeto deste estudo.

2.2 FAMÍLIA EM FASE DE EXPANSÃO

Segundo Osorio (1996), a família insere-se num contexto evolutivo e possui seu ciclo vital. Esse ciclo é dinâmico e, embora não possa estar rigidamente contido num esquema, pode-se subdividi-lo nas seguintes fases: de expansão (formação do casal, geração e criação de filhos), dispersão (saída dos filhos de casa) e substituição (formação de novos núcleos familiares).

Falicov, citado por Cerveny e Berthoud (1997), diz que são três os critérios para a construção de uma teoria do ciclo vital familiar: as mudanças no tamanho da família; a composição por idades; e a posição profissional da pessoa ou pessoas que a sustenta.

Dentro de cada uma das fases do ciclo vital da família, de acordo com Boyd (1990), existem tarefas fundamentais para o funcionamento da família e para o seu desenvolvimento. Dessa forma, acredito que a não adaptação à nova fase, poderá resultar em não cumprimento das tarefas inerentes ao ciclo vital em que a família encontra-se, conforme o referido acima por Boyd. De acordo com Ávila (1998), cada

casal vivencia e reage em consonância à sua história de vida a passagem da condição de filhos para pais.

Segundo Santos (1996,a), a fase de expansão é a etapa do ciclo vital relacionada com o nascimento e crescimento dos filhos. Também chamada por Bergami e Berthoud (1997) fase de aquisição, sendo considerada por estes a primeira fase do ciclo vital da família. Estes autores dizem que a tarefa de adquirir em todos os sentidos, material, emocional e psicológico, predomina nesta fase. Dizem ainda, que o processo de construção permeia esta fase, sendo que cada nova família vai vivenciar de maneira diferente esta fase, de acordo com alguns fatores como: idade, maturidade, experiências anteriores, redes de apoio social e familiar e outros.

Ferrari (1994, p. 516) afirma que o puerpério é a fase em que "se dão as primeiras e mais importantes relações familiares e as primeiras marcas formativas da personalidade de um indivíduo", aqui inicia-se a trajetória com a criança real. Refere ainda que "os personagens de uma história de vida assumem novas roupagens sob a forma de novas identidades e se encaminham rumo ao futuro".

Na ótica de Haley (1991), o nascimento de uma criança representa a reunião de duas famílias, criando avós, tias e tios. Os arranjos são revisados e haverá influências na criação e educação da criança. Afirma que o filho aproxima o casal da rede total de parentes, embora sejam agora mais individualizados como adultos.

Nessa perspectiva, concordo com Ferrari (1994), quando diz que é imperiosa a necessidade de estudarmos o processo de maternidade e paternidade à luz de uma nova ordem de conhecimentos, onde nos aproximamos mais dos ideais de entendimento e atendimento ao casal e à família recém-formada, observando a unidade biológico-relacional do ser humano.

2.3 FAMÍLIA E O NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO

Conforme Salém citado por Monticelli (1997), o nascimento do primeiro filho surge como uma situação privilegiada em que uma geração demarca fronteiras simbólicas e diferencia-se das gerações que lhe antecedem.

No entanto, para Boyd (1990), o nascimento do primeiro filho de um casal é sempre um momento de crise que ocorre devido a uma situação nova que se impõe,

pois é um período de transição no ciclo vital da família que poderá resultar em confusão de papéis e exigirá de seus membros a adaptação aos novos papéis.

Conforme Bergami e Berthoud (1997), crise pode ser definida como um período de desorganização temporária do funcionamento de um sistema, ficando a família, neste momento, muito vulnerável.

Monticelli (1997) também afirma que os papéis sociais precisam ser reorganizados com a incorporação de outra pessoa ao grupo. São mudanças irreversíveis, pois a família jamais será a mesma, incluindo a família extensa, com o que concorda Zagury (1994, p. 09), ao afirmar que "na verdade, ser pai ou mãe, é um estado de espírito que surge e do qual só tomamos real consciência após o nascimento do primeiro filho".

Maldonado (1989, p. 21) contrapõe afirmando que "toda crise é uma transição, mas nem toda transição se constitui numa crise". Diz que uma quebra muito violenta de expectativa pode transformar uma transição em crise, quando, por exemplo, a realidade revela-se muito diferente das fantasias construídas sobre ela. Ávila (1998, p. 138) referencia esta posição ao afirmar que para a família grávida, "passar do 'filho sonhado' para a realidade do 'filho nascido', pode não ser tão fácil como era esperado".

Maldonado (1989, p. 95) destaca que ter um filho é "a passagem de uma das transições existenciais mais relevantes do ciclo vital, especialmente no tocante às modificações de identidade". Afirma também que o homem e a mulher são um todo e uma parte em contínuo processo de comunicação e inter-relação, formando juntos um novo sistema de funcionamento. Com a vinda de filhos, a complexidade da família aumenta e, não raro, dificuldades conjugais já existentes intensificam-se.

Em consonância com Ávila (1998), a casa deixa de ser um lugar privado após a alta hospitalar, principalmente no caso do primeiro filho, sendo freqüentada por um pelotão de pessoas e a rotina da casa é toda alterada em função da chegada do bebê. Afirma também que 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 insegurança. Diminuem as comemorações e tomam relevo as responsabilidades (Soifer, 1984). Para Maldonado (1989), as mudanças não se referem

apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também às socioeconômicas, que são fundamentais.

De acordo com Ávila (1998), neste período, se estabelecem sentimentos ambíguos, a alegria pela chegada do bebê e a insegurança no cuidado deste. O filho pode representar ganho, como a possibilidade de continuidade e amor, mas pode representar a perda da liberdade.

Conforme a mesma autora, nossa sociedade deve entender como legítimos e naturais os sentimentos contraditórios dos pais em relação ao filho nos dias que se seguem ao parto e que possam permitir-se expressar e viver estes sentimentos a fim de manterem uma relação saudável com seu filho. De acordo com Maldonado (1989), o bebê ao nascer se constitui num enigma para os pais, pois representa esperança de auto-realização e, simultaneamente ameaça expor as dificuldades ou deficiências destes.

O individualismo da família nuclear de classe média acaba por gerar mais insegurança, criando dificuldades para os jovens pais, que ficam à mercê dos profissionais, e afastam-se das famílias de origem, perdendo assim um precioso espaço. Maldonado (1989) afirma que a quase extinção da família extensa, mais as dificuldades de comunicação entre as pessoas cria vínculos superficiais e falta de apoio comunitário. Com a diminuição do número de filhos das famílias e o afastamento da família nuclear da família de origem, o convívio prévio dos pais com bebês é quase inexistente, sendo a maternidade e a paternidade, às vezes, o primeiro contato com um bebê. Como diz Ávila (1998, p.40), "hoje, homem e mulher crescem sem terem tido a oportunidade de presenciar um parto ou alguém cuidando de recém-nascidos como acontecia antigamente nas famílias numerosas". Conforme Pincus e Dare (1981), 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 carreira. Isso acaba por envolver toda a família na mudança, pois o pai passa a assumir novos papéis mais participativos em relação ao bebê.

Imagens idealizadas da função materna e/ou paterna, divergentes entre as famílias de origem, podem tornar-se outra fonte de conflitos e negociações (Bergami e Berthoud, 1997). Dos jovens pais são cobrados comportamentos para os quais não estavam preparados. Os papéis sociais feminino e masculino estão confusos e

indefinidos ficando o bebê em meio a estes conflitos. A mulher está dividida entre ter filhos e manter-se no mercado de trabalho e o homem está sendo chamado para auxiliar nas tarefas do lar e do cuidado com os filhos, funções para as quais não se preparou. Estas mudanças poderão levar à depressão, tanto do pai quanto da mãe, por isso, afirma Ávila (1998,p.143), "a família grávida precisa saber das vivências emocionais que acompanham o pós-parto, para que cada pessoa possa colher as ansiedades que venham ocorrer". Da mesma forma, Pincus e Dare (1981) inferem que não é fácil ao casal sentirem segurança e reconhecerem seus sentimentos confusos com as novas exigências, numa sociedade em que o nascimento de um bebê é proclamado como um acontecimento maravilhoso e do qual esperam-se pais radiantes de felicidade. O casal pode decepcionar-se ao ver que o filho tão sonhado era diferente do "bebê real", que apenas chora, dorme e parece indiferente a tudo (Ávila, 1998).

Maldonado (1989) comenta que ter um filho envolve modificações existenciais profundas na família, tanto a nível prático quanto nos planos de vida. Faz-se necessário algumas renúncias, que são temporárias, mas gera o temor de que se perpetuem.

Associados aos conflitos emocionais encontram-se os desconfortos físicos decorrentes do parto vaginal ou da cesárea, as dificuldades inerentes à amamentação, a grande variação hormonal da mulher, as necessidades físicas do bebê, que acabam por deixar toda a família esgotada e perplexa se não sabe como lidar com as situações que se apresentam. Todos estão passando por uma fase de adaptação, precisam conhecer-se, estabelecer um relacionamento que significará o tipo de vínculo que terão no futuro, com o filho e entre o casal. Segundo Ávila (1998, p.157)

“A princípio, é natural que os pais achem difícil compreender as necessidades do filho, mas aos poucos, com a convivência, vão-se sintonizando com ele. O tipo e a qualidade do relacionamento entre os pais e o bebê dependem da história de vida dos pais, das suas personalidades, das suas condições socioeconômicas e muito do sentido que o filho tem para os pais e das circunstâncias em que ocorre a gravidez”.

As diversas triangulações que poderão estabelecer-se com o nascimento do primeiro filho, vão determinar as vivências e as novas estruturas que se formarão daí em diante naquela família (Bergami e Berthoud, 1997). Essas triangulações caracterizam-se pela oposição de dois membros da família em relação ao terceiro, por

exemplo, a mãe muito unida ao filho, deixando o pai em segundo plano, ou a mãe e o pai unidos, dando pouca atenção ao filho. Tais situações, muitas vezes, geram conflitos que poderão agravar-se com o decorrer do tempo.

Como pode então, a enfermeira intervir preventivamente nesta fase tão delicada da vida das pessoas?

2.4 INTERAÇÃO ENFERMEIRA E FAMÍLIA EM FASE DE EXPANSÃO

Tradicionalmente, a enfermagem tem ocupado-se dos indivíduos, ficando a família, segundo Angelo (1999), restrita a ser receptáculo e fonte de informações. Conforme Silva citado por Althoff (1999, p. 54), "há necessidade de realizar estudos que visem aprofundar o conhecimento sobre o cotidiano das famílias e de investigar a influência e os efeitos que uma atuação da enfermagem familiar teria sobre o cotidiano das famílias e em suas interfaces com o processo saúde-doença". Também Goldenberg (1997) afirma que a família, poucas vezes, é tratada pelas enfermeiras como uma entidade que necessita de cuidados não só como contexto do paciente, mas como centro de interesse em si mesma.

Elsen e Marcon (1999, p. 24) dizem que é praticamente impossível assistir o indivíduo quando não se considera a família à qual ele pertence, bem como não basta assisti-lo, mas mister se faz assistir à família. Para isso precisamos conhecer a realidade da família, reconhecer que a cultura pessoal e profissional da enfermeira pode ser diferente daquela da família. Na perspectiva de Elsen e Marcon, "o enfermeiro precisa estar atento ao universo das relações familiares e à interação global da família", bem como é necessário ouvi-la e estimular suas potencialidades.

Maldonado (1989), por sua vez, enfatiza que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, sendo preciso pensar não apenas em termos de mulher grávida, contudo em família grávida.

Já Goldenberg (1997) considera a família um sistema e, como tal, seus membros relacionam-se e interagem de tal forma que qualquer alteração em um deles repercute em todos os demais.

Segundo Boyd (1990, p. 196), "durante o tempo de crise, as fronteiras do sistema da família se acham mais permeáveis, e em consequência a família se acha mais aberta a intervenção". Afirma, também, que valorizar os sinais de perigo do

sistema familiar durante os períodos de transição e a intervenção da enfermeira, nesse momento, podem ser definitivos para ajudar a família a recobrar sua estabilidade. O contato da enfermeira com a família inicia-se, muitas vezes, nesses períodos.

Para trabalhar com famílias é preciso estar sensibilizado. Como infere Angelo (1999, p. 08):

"Estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença, é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença, tendo como meta promover um funcionamento pleno da família".

Ao refletir sobre qual o melhor ambiente para se assistir às famílias concordo com Elsen e Marcon (1999), que dizem ser o domicílio, 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 cuidado. Com o que concorda Soifer (1984) ao afirmar que é fundamental a visita no domicílio, pelo menos durante os primeiros dez dias após o nascimento de um bebê.

Ferrari (1994, p. 514) enfatiza que "a esfera afetivo-domiciliar vem perdendo terreno para a esfera cognitivo-institucional", e tal fato acaba por afastar as avós e outras mulheres que dariam apoio nesse momento.

Bergami e Berthoud (1997) afirmam que, 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, afirma que os futuros pais precisam ser orientados na transição entre ser cuidado e ser cuidador, assegurando uma família mais feliz e ajustada. Ávila (1998, p. 138) diz que "é essencial que o profissional de saúde conheça, compreenda e reconheça as vivências emocionais que acompanham o puerpério, para poder prestar uma assistência mais completa e eficaz à família".

Conforme Ávila (1998, p. 160), o profissional de saúde pode acolher e apoiar a família, levando-a a utilizar seus recursos interiores e desenvolver sua autoconfiança para cuidar do filho. O profissional precisa entender e aceitar que os pais estão tensos e necessitam de tempo para se ligar ao filho e construir um lugar para ele, sem terem de

perder o seu espaço. Destaca, ainda, que "é preciso que os profissionais de saúde, os políticos e educadores se preocupem em nutrir as pessoas que estão tão carentes de atenção e informação de melhores condições de vida e de saúde integral". Assim teremos pais prontos para nutrir filhos de afeto e amor, com isso desenvolvendo-se mais saudáveis e felizes.

Ferrari (1994, p. 513) assevera que todo ser humano nasce dentro de um determinado contexto sociocultural e familiar, assim "mantendo interações com todos os elementos e regras que pertencem a esse sistema". Porém, Monticelli (1997) esclarece que na atualidade a maioria dos estudos que atuam no processo do nascimento não tem levado em consideração a experiência das famílias e suas vivências.

Segundo Maldonado (1989), quando se conhece melhor os fatores etiológicos dos problemas emocionais e a formação de vínculos através de sutis mecanismos de interação e comunicação, tem-se mais possibilidades de desenvolver alternativas de assistência em nível preventivo. A autora afirma que a orientação antecipatória tem o objetivo de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível de maneira mais saudável.

Silva (1997, p. 254), referindo-se às questões da amamentação, que eu amplio para todas as questões que se referem ao nascimento de um novo membro da família, diz que "é preciso uma nova leitura da mulher e seu filho no contexto familiar e social e redimensionar o discurso e ações institucionais". Ferrari (1994), referindo-se ao puerpério, acredita que se deve trabalhar com o referencial do processo de maternidade e paternidade, preocupando-se, sobretudo, com o processo de formação da família.

De acordo com Santos (1996b, p. 80), o enfermeiro deve eleger referenciais teóricos para assistir às famílias, reconhecendo suas possibilidades e limitações nessa assistência. Também afirma que o cuidado à família deve ter por finalidade "a busca e o incentivo à democracia nas relações familiares, a afirmação dos direitos à cidadania e a melhoria da qualidade de vida de cada membro da família e desta como um todo, a partir do contexto da própria família".

Para Nitschke (1999), o desconhecimento do mundo imaginal das famílias gera um conflito a respeito do significado de ser saudável entre os profissionais de saúde e as famílias que cuidam e são cuidadas. Esse fato faz com que muitos problemas de

saúde persistam, pois as propostas dos profissionais não têm ressonância no cotidiano das famílias e vice-versa.

Alguns estudos relacionados ao tema desta investigação têm sido realizados por enfermeiras. Monticelli (1997), através de uma prática assistencial baseada no marco conceitual de abordagem cultural de Leininger, estudou o nascimento como um rito de passagem, observando os ritos de cuidado desenvolvidos pelas mulheres e como a compreensão desses ritos auxilia a enfermeira a compartilhar saberes e práticas. Esse trabalho foi elaborado com mulheres que tiveram seus filhos em uma maternidade pública e residiam em Florianópolis.

Riesco e Tsunehiro (1990) fizeram um estudo a fim de detectar os problemas sentidos e vivenciados por 42 mães primíparas em relação ao cuidado do filho, após a alta de uma maternidade-escola de São Paulo. Os dados foram obtidos através de entrevista e centraram-se nos problemas relativos aos cuidados físicos, como aleitamento, cólicas, coto umbilical e outros. Concluíram que os aspectos psicossociais, pouco abordados, são igualmente relevantes nesse período de adaptação da família, merecendo atenção dos profissionais da saúde. Também que existem contradições entre procedimentos preconizados pela instituição e os adotados pelas mães. Ainda, que seria de grande valia estender o acompanhamento nos primeiros três meses de vida do bebê. Consideraram que deve-se buscar o atendimento no domicílio, envolvendo todos os membros da constelação familiar e realizar pesquisas que contribuam para essa assistência.

Donoso (1997) relata sua experiência, onde descreve suas dificuldades em desempenhar seu novo papel como mãe, que até então era idealizado como perfeito. Sugere uma possível relação entre o seu elevado grau de ansiedade e o comportamento da filha nos primeiros meses de vida. Conclui que, ao analisar o comportamento da criança, deve-se levar em consideração a conduta da família, principalmente da mãe, sendo que a satisfação pessoal materna pode favorecer as relações entre mãe e filho.

Em um estudo decorrente de um trabalho prático de assistência de enfermagem a famílias com recém-nascidos, Boechs (1992) verificou a relação entre as famílias de origem e o casal, bem como a influência desta na forma de cuidar do recém-nascido. Foram famílias do estrato social baixo, nascidas e residentes na cidade de Florianópolis. Concluiu com o estudo que existe uma íntima relação do novo casal

com a família de origem, sendo que as mulheres da família e até as vizinhas auxiliam muito no cuidado ao recém-nascido e nos afazeres domésticos. Esse auxílio faz com que alguns cuidados não sejam efetuados conforme orientados na maternidade. Portanto, acredita que a enfermagem não pode desconsiderar tal realidade e deve trabalhar a família como um todo, pois esse auxílio mútuo é positivo.

Bonadio e Tsunehiro (1999) também fizeram um estudo preliminar descritivo, focalizando a família e os seus membros na rede de apoio de gestantes. Entrevistaram 30 gestantes atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Concluíram que os membros da família são importantes na rede de apoio da maioria das gestantes, embora nem todas tivessem esse apoio. Sugerem estudos com outras abordagens metodológicas para esclarecer o apoio familiar no processo gravídico-puerperal.

Haley (1991) aponta a importância de se realizar estudos que acompanhem o processo de desenvolvimento das famílias, pois estas muitas vezes apresentam dificuldades, manifestadas através de sintomas, em uma das etapas de seu ciclo vital. O autor lembra que existe pouca informação sobre o ciclo de vida familiar, pois são poucos os estudos longitudinais realizados nesta área.

Assim, passarei a descrever os aspectos metodológicos deste estudo, que pretende trazer o objetivo de conhecer as vivências da família quando retorna ao lar com o primeiro filho.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, serão explicitados a **Área Temática**, as **Questões Norteadoras**, o **Contexto de Realização** do estudo, os critérios de escolha dos **Sujeitos** e os **Procedimentos Metodológicos** para coleta, validação e análise dos dados coletados, com o objetivo de conhecer as vivências da família quando retorna ao lar após o nascimento do primeiro filho.

3.1 ÁREA TEMÁTICA

Considerando a família como a primeira responsável pelos cuidados de saúde a seus membros e a importância das relações familiares na formação e desenvolvimento do ser humano, percebe-se a importância de compreender a dinâmica familiar após o nascimento do primeiro filho.

O tipo de organização familiar mais comum em nossa sociedade ocidental é a família nuclear, composta de pai, mãe e filhos.

Os estudos realizados, na sua maioria, tem-se limitado aos aspectos biomédicos e ao binômio mãe-filho, não levando em conta a estrutura familiar e o seu contexto cultural. Acredita-se que a forma como a família organiza-se, após o nascimento do primeiro filho, interfira na saúde física e emocional de todos os seus membros e que a enfermeira pode atuar preventivamente neste momento de transição.

Assim sendo, elegeu-se como área temática deste estudo:

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

Quando falo em vivenciar, refiro-me aos sentimentos, mudanças no cotidiano, cuidados entre os membros, conflitos, relações familiares, organização interna e rede de apoio social.

3.2 QUESTÕES NORTEADORAS

De acordo com a área temática, esta pesquisa objetivou responder às seguintes questões norteadoras:

- Que mudanças ocorrem na estrutura da família após o nascimento do primeiro filho?

- Como a família organiza-se no seu cotidiano para enfrentar essas mudanças?
- Como é realizado o cuidado entre seus membros?
- Quais os sentimentos percebidos e as relações que se estabelecem?
- Quais as principais necessidades que surgem após o nascimento do primeiro filho?

3.3 TIPO DE ESTUDO

No intuito de atingir os objetivos propostos neste estudo, optei por realizar uma abordagem qualitativa, pois, segundo André (1995), ela defende uma visão holística dos fenômenos, levando em conta as interações e influências recíprocas de todos os componentes de uma situação. Dentro dessa abordagem, utilizei o método Descritivo-exploratório.

Conforme Parse, Coyne e Smith (1985), o propósito do método Descritivo é investigar intensivamente a prática e a interação com o meio-ambiente de uma determinada unidade social. Também segundo a autora, o estudo Exploratório é uma investigação do significado de um evento da vida para um grupo de sujeitos.

Triviños (1990, p. 110) afirma que "o estudo descritivo pretende descrever 'com exatidão' os fatos e fenômenos de determinada realidade".

Visitei, para tanto, essas famílias em seus domicílios, em diferentes períodos, dentro de um estudo longitudinal. "O planejamento longitudinal é o mais apropriado quando a principal variável de estudo é o desenvolvimento humano", segundo Dessen e Lewis (1998, p. 114).

3.4 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Realizei esta pesquisa em Erechim. É uma cidade de porte médio, com 87.893 habitantes, e dentre esses, 75.812 residem na área urbana. É o município Pólo da Região do Alto Uruguai, sendo referência regional em termos de saúde. O Sistema de Saúde é municipalizado, estando na Gestão Plena da Atenção Básica. Possui uma rede de Unidades Básicas de Saúde (10) e dois hospitais. Um dos hospitais não atende o Sistema Único de Saúde e o outro é um hospital público que tem um índice de ocupação pelo Sistema Único de Saúde de 95%. O hospital público chama-se Hospital

Santa Terezinha e ganhou, em 1999, o título de Hospital Amigo da Criança (fornecido pela UNICEF). O outro é o Hospital de Caridade, que é uma fundação filantrópica.

Erechim apresentou um coeficiente de natalidade, em 1999, de 18,10.

O coeficiente de mortalidade infantil em Erechim, no ano de 1999, foi 9,29, sendo que, 82,6% dos óbitos foram por causas perinatais, como prematuridade, anóxia intra-útero, eclâmpsia e aspiração meconial. O índice de mortalidade infantil por causas perinatais no Brasil, em 1998, foi de 50%, portanto, esse índice em Erechim é mais elevado que o índice brasileiro.

Nascem, em média, 148 crianças por mês e, dessas, 105, em média, nascem no Hospital Santa Terezinha e as outras nascem no Hospital de Caridade.

Buscando descrever o perfil das parturientes que procuraram os Hospitais, através das Declarações de Nascimentos de janeiro a junho de 2000, cheguei ao seguinte resultado no Hospital Santa Terezinha: 49,54% tinham entre 20 a 29 anos, 26,14% entre 30 a 39 anos e 22,66% entre 10 a 19 anos. A União Consensual representou 46,73% das parturientes e as casadas 40,18%. 51,28% tinham de 4 a 7 anos de escolaridade, 21,79% estudaram por 8 a 11 anos, 14,11% tinham de 1 a 3 anos de estudo e 11,73% estudaram por 12 anos ou mais. O parto vaginal foi realizado por 69,39% das parturientes. No que se refere à consultas pré-natal, encontrei que 55,24% fizeram de 7 consultas a mais, 36,65% fizeram de 4 a 6 consultas, 6,82% de 1 a 3 consultas e 1,29% não fizeram consultas. Quanto à ocupação destas mulheres, 66,42% eram Do Lar, e as outras dividiram-se entre 26 ocupações, com porcentagens muito pequenas. Pesquisando sua origem, constatei que 30,46% eram provenientes dos bairros mais carentes da cidade (Progresso, Cristo Rei, São Vicente de Paula, Presidente Vargas, Parque Livia, Linho e Redenção), e destas, 17,88% dos bairros Progresso e Cristo Rei. A zona rural representou 6,98% das parturientes.

Quanto ao perfil das parturientes do Hospital de Caridade, encontrei o seguinte quadro: 46,54% tinham de 30 a 39 anos e 45,9% tinham de 20 a 29 anos. Quanto ao estado civil, 54% eram casadas, 27% eram solteiras e 18% tinham uma união consensual. No que se refere a escolaridade encontrei que 70,46% tem 12 ou mais anos de estudo e 20,77% estudaram por 8 a 11 anos. Foram realizadas cesarianas em 77,21% dos casos. Quanto ao número de consultas pré-natal, 91,20% fizeram 7 ou mais consultas. Encontrei ainda que 28,57% eram Donas de Casa, 14,93%

trabalhavam no comércio, 12,33% eram professoras, 11,03% trabalhavam na indústria e o restante dividiu-se em diversas outras profissões. No que se refere a origem, verifiquei que 46,71% eram provenientes do Centro da cidade.

A grande dificuldade, na minha avaliação, para se estabelecer uma assistência adequada às famílias é o pequeno número de enfermeiros que atuam na Rede, em assistência direta ao usuário. A maioria dos enfermeiros não tem formação em Saúde Coletiva, tendo a maior parte da sua vida profissional trabalhado em hospitais. Existe muito pouca atenção domiciliar, restringido-se a solicitações de pacientes, pós-alta hospitalar, que necessitam de algum tipo de procedimento (sondas, curativos e outros).

O atendimento nas Unidades é por livre demanda e não há agendamento. Em duas Unidades, existe um trabalho com Grupo de Gestantes e está iniciando-se Grupo de Acompanhamento a Bebês no primeiro ano de vida. É ainda uma atividade bastante restrita, se comparada às necessidades de toda população e começou devido à iniciativa de algumas enfermeiras que enfrentam dificuldades por falta de transporte, recursos materiais e disponibilidade de tempo.

3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.5.1 Entrada no campo

Encaminhei pedido para a Direção dos dois hospitais, solicitando autorização para selecionar os sujeitos junto aos mesmos. A chefia de enfermagem dos hospitais e das maternidades foram comunicadas da realização da pesquisa e de seus objetivos (Anexo A).

O meu pedido foi prontamente atendido pelas duas instituições, sendo que o Hospital de Caridade solicitou uma cópia assinada do consentimento informado de cada família (Anexo C)

Ao chegar aos Hospitais, conversei com as equipes de enfermagem, explicando os objetivos do trabalho e solicitando seu apoio no sentido de comunicar-me quando houvessem famílias dentro dos critérios estabelecidos na metodologia. Foram receptivos e auxiliaram na seleção dos sujeitos. Apesar disso, eu mantive um contato diário, por telefone, com a maternidade, devido aos diferentes turnos e o pouco tempo de internação, quando se tratava de parto normal.

3.5.2 Seleção dos sujeitos

Busquei os sujeitos para este estudo junto às famílias que procuraram atendimento nos Hospitais da cidade, no momento do nascimento de seus bebês.

A amostra foi intencional, selecionada a partir dos seguintes critérios: a puérpera deveria ter entre 20 e 39 anos, ter no mínimo quatro anos de escolaridade, residir com o pai do bebê em zona urbana, e a puérpera e o bebê terem alta juntos.

O número de sujeitos foi determinado pela saturação dos dados, que ocorre quando os mesmos começam a repetir-se, sendo que trabalhei com cinco famílias.

A seleção das famílias foi realizada em dois momentos. No primeiro, utilizando o prontuário da puérpera, verifiquei o atendimento dos critérios idade, local de residência, número de filhos e escolaridade. No segundo momento, utilizei uma entrevista semi-estruturada (Anexo B), a fim de verificar os critérios de residir com o pai do bebê e estar com alta concomitantemente com o filho.

Houve alguma dificuldade para encontrar os sujeitos para o estudo devido à faixa etária escolhida. No hospital público, muitas primíparas tinham menos de 20 anos e outras não residiam com o pai da criança. Apenas uma família convidada não aceitou fazer parte da pesquisa.

3.5.3 Aspectos éticos

De acordo com o Código de Ética em Pesquisa, previsto pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), as famílias foram previamente consultadas e informadas sobre os objetivos a que se propôs este estudo, assinando o termo de consentimento livre e informado, conforme modelo de Goldin (1997), para participarem do mesmo, caso fosse de sua vontade, podendo, a qualquer momento, desistir da participação (Anexo C).

3.5.4 Coleta de dados

O primeiro contato com as famílias escolhidas foi no hospital, no dia do nascimento do primeiro filho.

Os próximos encontros foram no domicílio da família, de acordo com os motivos já explicitados no referencial teórico, quando falamos sobre a interação enfermeira e família em fase de expansão. Realizei quatro visitas, sendo que duas na

primeira quinzena e duas até o final do período puerperal, por volta do quadragésimo dia pós-parto. Procurei visitar as famílias em momentos em que o pai estivesse presente. Em uma família, o pai participou de todas as visitas e em outra, o pai esteve presente somente na entrevista.

Triviños (1990, p. 138) diz que "o pesquisador qualitativo, que considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico", apoia-se em técnicas e métodos que ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações. Utilizei, portanto, 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.

3.5.5 Observação participante

Conforme André (1995, p. 28), "a observação é chamada de participante porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetado".

Triviños (1990, p. 138), afirma que esta técnica exige "atenção especial ao informante, ao mesmo observador e às anotações de campo".

De acordo com Parse, Coyne e Smith (1985, p. 07), "observação é um método direto ou indireto de recordar informações relativas aos objetivos do estudo".

Os dados observados foram registrados no **Diário de Campo** (Anexo D), imediatamente após a observação.

Houve o cuidado de respeitar o espaço da família, entrando apenas nos cômodos da casa em que fui convidada. Desta forma, em três casas ficamos na sala e na cozinha e em duas entrei nos quartos.

A recepção das famílias sempre foi muito boa, demonstrando satisfação em poder conversar suas dúvidas com um profissional da saúde. A relação de confiança foi estabelecendo-se com o passar do tempo, quando percebiam a seriedade e o objetivo do trabalho. Apesar disso, a dinâmica familiar era um pouco interrompida durante a minha estada na residência, pois algumas famílias viam em mim uma visita formal.

O período de coleta de dados foi de três meses. As observações duraram de 40 a 90 min, sempre no domicílio. Foram realizadas 20 observações com 31 participantes (pais, mães, avós, bebês, tias, primas, e outras visitas).

3.5.6 Entrevista

A Entrevista, de acordo com André (1995, p. 28), "tem a finalidade de aprofundar as questões e esclarecer os problemas observados."

Conforme Triviños (1990, p. 146), a coleta de dados, na pesquisa qualitativa, desenvolve-se em interação dinâmica, retroalimentando-se constantemente. Esse autor infere que a entrevista semi-estruturada é privilegiada, pois valoriza a presença do investigador e oferece muitas perspectivas para que o informante tenha a liberdade e a espontaneidade necessárias à investigação. Afirma ainda que ela:

"...parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante".

Portanto, a entrevista foi realizada na última visita, no momento em que percebi que se estabeleceu um relacionamento propício entre pesquisador e sujeitos. Aconteceu com o casal, e em uma família, participou a avó materna, que mora com eles, tendo sido onze os informantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a análise.

3.5.7 Análise dos Dados

Os dados coletados através da observação participante e da entrevista semi-estruturada foram transcritos e analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977).

Após a organização e a leitura exaustiva dos dados, passei para a linguagem do pesquisador, descrevendo cada família. As unidades de significado foram codificadas pela letra F, seguida de um número, que identificou a família. Em seguida, 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).

Exemplificando:

"Antes nós namorávamos, saíamos de moto, agora vai ficar mais difícil"
(F1.E.P).

Esta fala é da família um, da entrevista, e o sujeito é o pai.

Inicialmente, descrevi cada família com suas características e após, fiz uma análise horizontal dos dados, agrupando em categorias preestabelecidas por cada questão norteadora.

Durante a entrevista, solicitei que cada família escolhesse uma palavra que simbolizasse o momento que estavam vivenciando, e usei esta palavra a fim de identificá-las no decorrer da apresentação e análise dos dados.

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

"Nosso mundo na enfermagem, sem uma concepção do humano seria muito pequeno. Nossa chance de ampliá-lo nos é dada pelas famílias que chegam até nós e que nos permitem viver com elas um pouco de sua aventura. Assim, algum dia poderemos nos lembrar destes encontros e contar histórias de um lugar em que uma família pode descansar, outra que tomou importantes decisões em sua vida ou ainda a que reuniu suprimentos para prosseguir a sua jornada. Um lugar em que alguém estava com a família em tempos difíceis" (Angelo, 1999, p.14).

A fim de apresentar os dados encontrados neste estudo, achei importante fazer uma descrição longitudinal de cada família, com suas características próprias, pois cada família é única, apesar de estar vivenciando a mesma fase do seu desenvolvimento. Esta análise longitudinal também objetivou a compreensão da evolução de cada família durante o período do estudo. Neste primeiro momento, também descrevi como deu-se a minha interação com cada família. Portanto, a apresentação das famílias ficou assim subdividida: características da família, a enfermeira interagindo com a família e as vivências da família.

4.1 CONHECENDO AS FAMÍLIAS DO ESTUDO

4.1.1 Família Um – Família Mudança

Esta família escolheu esta palavra por acreditar que a vinda do filho representou uma grande mudança na vida deles.

Quando fiz o primeiro contato com a família, no hospital Santa Terezinha, estava presente somente a mãe e o bebê. Ela prontamente aceitou o convite para participar da pesquisa. Disse que conversaria com o marido, mas que não haveria problemas. Combinamos a data da primeira visita para um dia após a alta.

4.1.1.1 Características da família

O casal mora sozinho, numa casa de alvenaria, com uma estrutura muito boa, bem arrumada e limpa. O quintal é grande e eles têm um carro.

A mãe tem 23 anos, curso superior incompleto, não estuda no momento e deixou de trabalhar no terceiro mês de gestação, por escolha própria. Era comerciária e não estava satisfeita com o trabalho. É a mais velha de três filhos.

O pai tem 25 anos, 2º grau incompleto, não estuda no momento e é motorista de caminhão. O caminhão não é dele e ele ganha por comissão. Tem uma renda média mensal de R\$ 800,00. O pai viaja bastante, ficando, às vezes, até 15 dias fora, mas não viajou na primeira semana de vida do bebê. Na segunda semana, retornou ao trabalho normalmente.

O bebê é um menino que estava com três dias por ocasião da primeira visita. Nasceu de parto normal, com 3.600 g. A mãe relatou que a gravidez foi planejada e o bebê era muito esperado.

A avó materna mora em outra cidade e veio para ajudar a cuidar da puérpera e do bebê. Pretendia ficar por um mês. Junto, veio uma netinha de um ano de idade, que mora com ela. A avó queria levar a filha para a cidade onde mora, mas esta não quis, achou que não seria necessário. No quinto dia de vida do bebê, a priminha teve que ser hospitalizada, com vômito e diarreia. A família achou que poderia ser devido ao ciúmes que ela estava sentindo do bebê, pois antes ela era o centro das atenções, por ser a única neta. A avó e a netinha voltaram para casa quando o bebê estava com 14 dias.

A mãe fez o pré-natal em consultório particular, mas o parto foi feito pelo SUS, com o médico de plantão, por medidas econômicas. O parto foi realizado com episiotomia e transcorreu bem. A avó ficou junto na sala de pré-parto, mas o pai sentiu-se mal e saiu da sala. A mãe achou muito boa a presença da avó com ela naquele momento. Contaram que foram várias vezes ao hospital achando que estava na hora do nascimento, pois não receberam orientações sobre o início do trabalho de parto.

4.1.1.2 A enfermeira interagindo com a família

Realizei quase todas as visitas aos domingos, para permitir a participação do pai. Visitei-os no 3º, 7º, 14º e 28º dias após o parto. Quando havia necessidade de mudar o dia combinado, eles ligavam-me e avisavam. Pediram-me para que pudesse ler o trabalho quando estivesse pronto.

Na primeira visita, o pai recebeu-me, de maneira muito simpática, mas não participou da conversa. Fiquei na sala com a mãe, a avó e o bebê. O pai ficou cuidando da sobrinha no quarto. Nos outros encontros, ele participou todo o tempo, fez muitas perguntas, demonstrando grande interesse em tudo que dizia respeito ao bebê.

A família sempre me recebeu muito bem, mostrando-se disponível e interessada. Disseram que eu ajudei a esclarecer muitas dúvidas, como demonstra esta fala do pai. *"Ajuda que tu vem aí, também esclarecemos muita coisa... ficamos bem até mais tranqüilos, aquele dia que tu falou que ia vir. Disse, óh, que legal"* (F1.E.P).

Esta família foi bastante questionadora, sempre havia várias perguntas e escutavam as orientações com bastante atenção.

Orientei cuidados com a episorrafia, prevenção de fissura mamilar, características normais do bebê (eliminações, eructação e regurgitação, respiração, bossas na cabeça, labilidade térmica), causas e cuidados com secreção ocular, o uso do bico seco, cuidados com o coto umbilical, uso de medicamentos, vestuário, cuidados com candidíase oral, métodos contraceptivos, hábitos alimentares da família sempre a partir de questionamentos da própria família e/ou observação de suas necessidades.

Como percebi que era importante para eles a confirmação de que estavam cuidando adequadamente do bebê, reforcei os aspectos positivos deste cuidado.

Esta família estava sem vínculo com nenhum tipo de serviço de saúde, pois foi atendida pelo plantão obstétrico do SUS e perdeu o vínculo com o obstetra que a atendeu no pré-natal devido a um episódio de mal atendimento. Precisei falar várias vezes sobre a necessidade da revisão ginecológica. Eles demonstraram resistência em procurar o serviço de saúde também para algumas necessidades do bebê, como o uso de Nitrato de Prata na cicatriz umbilical e tratamento de uma conjuntivite que o bebê adquiriu.

Observei que eles estavam com dificuldade para identificar as causas de choro do bebê, tentei demonstrar que o choro pode ter outros motivos além de fome e dor. Para isso, acomodei o bebê no colo, cobri a luz dos olhos dele e ele adormeceu em seguida.

Durante as visitas, permanecemos na sala e na cozinha. Como não me convidaram para entrar nos quartos, não pude observar a organização do espaço para o bebê, mas a mãe disse que o bebê dorme no berço, no quarto do casal.

Os pais disseram que este trabalho domiciliar é muito importante, *"principalmente com famílias de baixa renda, pois eles acham que estas famílias não conseguem cuidar bem dos bebês"* (F1.O2).

4.1.1.3 Vivências da família

Observei nesta família a formação de uma rede de apoio social e familiar. A vinda da avó materna de outra cidade, junto com a neta, a participação da família de origem do pai, a presença dos vizinhos, todos esses fatores provocaram uma mudança considerável no cotidiano desta família.

O fato deles morarem sozinhos e o pai viajar por longos períodos fazia com que a mãe tivesse bastante liberdade de horários, o que mudou bastante com a presença do bebê. *"A mãe não tinha horário para almoçar e a avó disse que agora ela terá que organizar-se diferente"* (F1.O1).

O pai relata que *"antes nós namorávamos, saíamos de moto, agora vai ficar mais difícil"* (F1.E.P.).

As viagens de trabalho do pai também o deixaram preocupado, pois *"... ela fica sozinha, às vezes, é difícil, que nem agora até os quarenta dias, assim que é mais difícil"* (F1.E.P.).

A adaptação ao bebê foi gradual, facilmente observável com o passar do tempo. A mãe disse que:

"No início, foi meio estranho, é claro que a gente espera ele, mas, até a gente se adaptar com ele assim,.. não foi muito bem como nós imaginava, foi mais difícil, eu acho ... só vendo assim pra gente ver como é que é... agora, já tá cem por cento" (F1.E.M.).

O pai também relatou que estava *"muito melhor, bem melhor... a gente se acostuma com ele e ele conhece nós, e nós conhecemos ele, é pessoa, é pequeno, vai ter sua estrutura, sua cabeça, mas ele é bem legal"* (F1.E.P.).

A presença da avó materna deixou o casal tranquilo, pelo fato de ser uma pessoa calma e com bons conhecimentos, conforme pude perceber. Este apoio foi muito valorizado por eles, principalmente na primeira semana, porque depois a mãe já sentiu-se em condições de cuidar do bebê sozinha. Ela disse *"eu não conseguia nem*

me mexer direito, comigo e com ele também, porque eu, nos primeiros dias, só dava 'mamã', porque ela trocava. Só na primeira semana” (F1.E.M.).

Da mesma forma, o apoio da família de origem do pai e da vizinha foi considerado importante, apesar da mãe reforçar sempre que a ajuda deve ser temporária, pois ela terá que dar conta de tudo sozinha.

“Qualquer coisa tem que chamar meu sogro, minha sogra,... se precisa de alguma coisa tem que chamar eles..., mas, por enquanto só, depois... eu prefiro eu que não adianta, não vai ter sempre alguém, um dia vou ter que me virar sozinha com a casa e tudo... nossa vizinha que também ajuda... de vez em quando ela vem aqui, dá uma olhadinha nele...” (F1.E.M.).

A família valoriza o apoio familiar e social, mas percebe o excesso de visitas como um incômodo. *“Acham que vão receber muitas visitas hoje à tarde, pois não vieram durante a semana, o que acharam muito bom” (F1.O2).*

Observei que este apoio acompanhou a família até por volta do 20º dia pós-parto, quando a mãe sentiu-se em condições de cuidar do bebê e dos afazeres domésticos. O pai também retornou ao seu ritmo normal de trabalho. A mãe disse que *“o pai havia viajado toda semana e ela estava se virando bem com o bebê e a casa” (F1.O4).*

O cuidado com o bebê continua, tradicionalmente, sendo feito por mulheres, neste caso a mãe e a avó, mas a família considera normal o pai ter maior dificuldade em cuidar do bebê. O pai relatou que *“... agora tô bem melhor. Agora eu sei mais, fico com ele mais um pouquinho, eu era meio assim,... marinheiro de primeira viagem, não sabia nada” (F1.E.P.).* A mãe reforçou que *“é que se pra mãe, eu penso assim, que nem pra mim no início, já foi meio difícil, imagina que nem pra ele, né” (F1.E.M.).*

Nas tarefas domésticas, observei que o pai auxilia quando pode, embora fique bastante tempo no trabalho, sendo que considerou sua presença uma necessidade que surgiu após o nascimento do bebê. *“Que nem no meu caso, teria que tá mais presente, antes que era só tu, tu ficava em casa, era mais fácil...” (F1.E.P.).* A mãe disse que *“o pai ajuda nos afazeres domésticos, que deve ser muito difícil para quem não tem ninguém para ajudar” (F1.O2).*

A mãe sentiu como maior necessidade o auxílio nas tarefas domésticas, achando que do bebê ela dava conta, exceto na primeira semana, que necessitou de um

apoio maior: "... acho que é o serviço, daí vinha a mãe dele, às vezes, quando tinha muita roupa para lavar, me ajudava no serviço... lavar as calçadas..." (F1.E.M.).

Quando questionados sobre orientações que gostariam de ter recebido, o pai imediatamente respondeu que

"Uma coisa que eu achei foi o choro. Um choro é uma surpresa, porque, às vezes, não sabe o que ele tem. No início, eu ficava com medo, imaginava, dois dias, três dias, pode tá chorando de uma outra coisa... eu achei isso, que nem sabia que as crianças chorava tanto assim" (F1.E.P.).

Percebi que o choro do bebê é um fator de ansiedade para os pais. *"No início, quando ele chorava, porque, se era fome, se era isso, ficava toda apavorada (F1.E.M.) É claro... ele chorava o nenê (F1.E.P.). Era um pavor" (F1.E.M.).*

A mãe relatou, na primeira visita, que

"ficaram perdidos numa tarde em que a avó saiu com a netinha. O bebê chorava e eles não sabiam o que fazer. Quando a avó chegou e o pegou, ele acalmou-se. Ela perguntou porque não deram o seio e a mãe respondeu que achou que como o bebê havia 'arrotado', não deveria dar o seio novamente" (F1.O1).

Quando a família não encontrava motivo para o choro, optava por usar remédio para cólicas, na tentativa de resolver o problema. *"O bebê continuou choramingando e eles resolveram dar gotas para cólica. Peguei-o no colo, cobri a luz dos olhos dele e ele adormeceu em seguida. Falei que ele estava com sono" (F1.O3).*

Com o passar dos dias, os pais relataram que foram adquirindo segurança e acreditam que o bebê sente esta segurança: *"... agora a gente tá mais segura, então ele já tá mais calminho, a gente sente isso, agora no início a gente tava assim meio apavorado, inseguro, ele também sentia insegurança" (F1.E.M).* Na segunda visita, enquanto estive lá por cerca de 80 min, *"a mãe pediu duas vezes para o pai ir ver como estava o bebê no quarto. Receia não ouvir o choro" (F1.O2).*

A manipulação do bebê na troca de fraldas, principalmente no banho, foi considerada como dificuldades para a mãe, que *"ainda não trocou o bebê, só a avó. Espera que o coto umbilical caia antes da avó ir embora, por causa do primeiro banho" (F1.O1).* No entanto, o pai acredita que *"...ficou mais fácil devido ao bebê ser 'grande', não parecer tão frágil" (F1.O2).*

Algumas dificuldades foram observadas com a mãe, como desconfortos com a episiorrafia, ingurgitamento mamário e medo da evacuação, devido à sutura. Estas dificuldades persistiram até por volta do 10º dia pós-parto. Ela não recebeu orientações profissionais para minimizá-las e seguiu instruções da avó, que lhe indicou para que *“ela tome um laxante, mas ela tem medo”* (F1.O1). Na segunda visita, a mãe disse que estava usando a 'bombinha' para retirar o excesso de leite.

Observei, também, que até a minha última visita a mãe ainda não havia feito revisão ginecológica, apesar de termos falado várias vezes no assunto. Reforcei novamente, utilizando o argumento da necessidade de um método contraceptivo, ao qual a mãe pareceu sensibilizar-se dizendo que *“não quer descuidar-se, que outro bebê neste momento seria muito difícil”* (F1.O4).

A mãe contou-me, na segunda visita, que *“ficou chateada com a obstetra com a qual fez todo o pré-natal no consultório particular e quando ela a viu no hospital nem a cumprimentou, pois fez o parto pelo SUS”* (F1.O2).

Percebi que a família começou a se preocupar com a própria saúde, até em função do filho. *“A mãe disse que ele não se cuida, come muita fritura e ovos”* (F1.O4). Eles demonstraram interesse em receber orientações sobre hábitos de vida e saúde.

A família possui um conhecimento próprio, adquirido pela aprendizagem social e pela leitura de alguns livros. A mãe disse que *“... já bastante amigas tem nenê. Então mais ou menos já sabia com era o parto, cólica, febre, que sempre dá de noite, essas coisas... a gente vai, pede para um, pede para outro, e vai aprendendo”* (F1.E.M.).

Muito pouco deste conhecimento, todavia, provém da rede de saúde, comprovado pela observação de que a família *“não tinha nenhuma orientação sobre cuidados com fissura mamilar e nem sobre o puerpério e cuidados com o bebê, a mãe achava que o parto e o cuidado com o bebê seria mais fácil do que está sendo”* (F1.O1). Como não receberam orientações sobre o início do trabalho de parto, a mãe disse *“terem ido várias vezes ao hospital achando que estava na hora do nascimento”* (F1.O2).

O próprio material educativo produzido pela rede de saúde, às vezes, chega por acaso na família, como nesta situação em foco, cuja avó achou os folhetos com

orientações ao puerpério e cuidados com o bebê, por ocasião da internação da neta e enviou para a filha. *“A mãe achou ótimo o folheto, não sabia muitas coisas que estavam ali”* (F1.O2).

Verifiquei, através do relato da família, que muitas orientações são realizadas em momento inadequado, sendo pouco aproveitadas. *“A mãe falou que no hospital falam muitas coisas, mas ela não conseguiu apreender muito, pois estava meio atordoada”* (F1.O1).

Durante as visitas realizadas à família, esta fez inúmeros questionamentos, inclusive tentando confirmar se o que ouviram da rede de apoio social era verdadeiro. *“A mãe perguntou-me sobre obstrução nasal e disse que uma tia falou que o bebê tinha uma carne crescida no nariz. Perguntou-me também se deveria trocar o bebê à noite quando fizesse cocô, pois a vizinha disse que ficaria mal acostumado”* (F1.O3). Também apresentaram dúvidas sobre o volume urinário do bebê, achando que estava muito baixo. Preocuparam-se na troca do bebê, pois havia uma mancha rósea na fralda. O pai contou-me que

“diluíram um comprimido de Methergin e viram que a cor era igual da mancha na fralda. Aí a mãe não tomou mais a medicação e não apareceu mais a mancha na fralda... Outras dúvidas levantadas foram em relação ao uso de faixa abdominal e moeda no coto umbilical, também sobre a eructação e a regurgitação do bebê. ... Mostraram-me as medicações que estão usando para o bebê, perguntando sobre a dosagem do Sorine e sobre como dar as gotas para cólicas” (F1.O2).

“A mãe perguntou-me sobre os 'caroços' que o bebê tinha na cabeça e disse que o bebê transpira muito, principalmente à noite” (F1.O3).

Observei, na primeira visita, que o bebê estava com secreção ocular, que persistiu até por volta do 15º dia, sendo que a mãe utilizou chá de camomila para lavar o olho. A mãe disse, nesta visita, que pretende dar bico seco para o bebê, apesar da orientação contrária da equipe do hospital. Também, na terceira visita, a mãe disse que *“a avó colocou um algodão com faixinha no coto umbilical porque estava molhado”* (F1.O3), mesmo já tendo sido orientada em outra visita sobre não ser adequado o uso da faixinha.

Na quarta visita, a mãe falou que *"achava que o bebê estava com 'sapinho' e perguntou-me o que era o 'sapinho'"* (F1.O4). Observei que o bebê estava usando o bico seco.

Na primeira visita, observei, em uma troca do bebê realizada pela avó, o uso de vários produtos industrializados, como lenços umedecidos e óleo protetor.

Durante o período de convívio com esta família, percebi uma ótima interação dos pais com o bebê. Eles demonstraram perceber os progressos e reações do bebê, tendo curiosidade de saber sobre os sentidos do bebê, se ele escuta, qual a abrangência visual. Percebem e respeitam o bebê como uma nova pessoa. O pai falou que *"às vezes, ele é chorãozinho, porque é o jeito dele... toda criança acho que é... caminha na frente dele prá cá, prá lá, ele vai acompanhando assim, prá onde tu anda ele vira"* (F1.E.P.), e a mãe disse, por sua vez, que *"chora um pouquinho a gente pega ele já pára. A gente larga ele começa chorar... ele quer participar"* (F1.E.M.).

Percebem o bebê como um ser bastante frágil, que necessita de muitos cuidados. O pai disse que *"é super frágil, qualquer mosquitinho faz mal prá ele"* (F1.E.P.). Por isso, têm muito cuidado com a higiene, a mãe disse que *"...tô aqui sempre em casa, mas cada vez que vou pegar ele lavo as mãos"* (F1.E.M.).

Acreditam que se o bebê não fosse saudável seria bem mais difícil, o pai disse que *"se é uma criança doentinha, acho que é mais difícil, toda hora com febre, toda hora tem que fazer isso, tem que fazer aquilo"* (F1.E.P.).

O casal relatou mudanças, embora não considere que estas mudanças tenham afetado muito seu relacionamento. Na opinião do pai, *"muda umas coisas. Sempre muda uma coisinha, mas não que afeta"* (F1.E.P.). A mãe também falou que *"... mas eu acho que antes tava bem, e agora também, só que tem um integrante a mais na família"* (F1.E.M.).

Disseram que surgiu algum conflito devido à insegurança do pai ao cuidar do bebê sobrecarregando a mãe, que disse

"... tem que fazer alguma coisa, eu digo, segura ele um pouquinho, ele chora, mas ele pega o nenê chorando e diz pega aqui, pega aqui, pega aqui, apavorado... mas segura ele! Acalma! Então tenho que largar do serviço, ele em casa, pra mim pegar o nenê" (F1.E.M.).

Em relação a como estavam sentindo-se, a mãe disse que *“eu tô adorando... era bem o que eu sempre quis, agora então que veio e agora que a gente tá se acertando com ele direitinho... no início é difícil”* (F1.E.M.). O pai falou que *“pra mim, tá louco, mais ainda que é guri, assim, sei lá, não porque se fosse menina, nada a ver, mas eu tô bem contente, não vejo a hora de vir pra casa”* (F1.E.P.).

4.1.2 Família Dois – Família Aprendizado

Esta família escolheu a palavra aprendizado, pois relata estar aprendendo todos os dias com a filha: *“... este primeiro mês está sendo um aprendizado muito grande, cada dia que passa aprendo mais coisas com ela...”* (F2.E.M.).

Conversei com o casal, no Hospital Santa Terezinha, convidando-os para participar da pesquisa. Eles olharam-se, pensaram um pouco, e concordaram. Combinamos a visita.

4.1.2.1 Características da família

A família reside em uma casa simples, mista (madeira e alvenaria), com infra-estrutura básica, num terreno bem abaixo do nível da rua, a qual não tem saída. Moram, na casa, o casal e a avó materna, que é aposentada e separada do marido. Ficamos na cozinha durante todas as visitas.

O pai é motorista da prefeitura, tem 31 anos e uma renda de quatro salários mínimos. Tirou licença paternidade na primeira semana. A mãe é vendedora de assinatura de revista, tem 31 anos e uma renda de um salário mínimo. Parou de trabalhar quando teve o bebê, e pretende voltar a trabalhar três meses após o parto, deixando o bebê sob os cuidados da avó. Tem dois irmãos e é a filha do meio. Estudou até o 2º Grau.

A avó tem 62 anos, é aposentada, e ganha um salário mínimo, sendo, portanto, a renda total da família de 6 salários mínimos. Tem outros dois netos que residem em outra cidade.

O bebê é uma menina, nascida a termo, de parto vaginal com episiotomia. O pai disse que já estavam pensando em ter filhos, mas a mãe disse que não foi uma gravidez planejada.

O avô materno esteve presente em uma das visitas, mas não reside com eles e não participou das conversas.

O pré-natal foi realizado em consultório particular, mas o parto foi feito pelo médico de plantão, através do SUS. A mãe acha que foi muito bem atendida no hospital.

O avô paterno faleceu no quarto dia de vida do bebê, em Porto Alegre, onde havia submetido-se a uma cirurgia por câncer de pulmão. O pai relatou que esta semana foi uma confusão.

4.1.2.2 A enfermeira interagindo com a família

O pai esteve presente em todas as visitas, sempre tentando marcar um horário em que ele estivesse presente, pois fazia questão de participar, inclusive desmarcando algumas atividades de lazer, apesar da minha insistência em trocar o horário da visita, para que isto não fosse necessário.

Visitei-os à noite e no sábado à tarde, no 3º, 7º, 14º e 29º dias. Sempre fui muito bem recebida e eles participaram com interesse. Demonstraram curiosidade em saber se as outras famílias eram parecidas com eles. Disseram que *“agradecemos as tuas visitas...conseguiu resolver bastante dúvidas que nós tínhamos, resolveu bastante”* (F2.E.M.).

Orientei cuidados com a amamentação, local adequado para o bebê dormir, o uso de chás e açúcar, a importância da revisão ginecológica, vacinas, cuidados com a puérpera (alimentação, lazer, ventilação, higiene), crenças a respeito do 7º dia, exercícios físicos, uso de outras alternativas para a cólica, antes da medicação, sempre procurando respeitar o conhecimento da família e adequando-o ao científico.

A família aceitou minhas orientações quanto à alimentação e à higiene, até com satisfação. *“A mãe disse que hoje a visita foi muito boa, pois livrou-se da dieta com a minha orientação... disse que ainda não lavou o cabelo, que não agüenta mais, amanhã vai lavar”* (F2.O2).

A avó materna estava com problemas de saúde provavelmente relacionados à menopausa, sobre os quais pudemos conversar e encaminhei-a ao ginecologista.

Conversamos sobre o vínculo família-bebê e a adaptação mútua, pois percebi que esta família estava com dificuldades para estabelecer o apego. Também conversamos sobre a importância da participação do pai.

Eles apresentaram dificuldades para organizar a rotina do bebê. Orientei que a organização é importante, mas sem rigidez de horários.

Procurei reforçar cuidados positivos que a família estava realizando e estimei-os a ler os folhetos educativos do hospital, com o objetivo de que, sentindo-se mais seguros e autoconfiantes pudessem interagir melhor com o bebê.

A família demonstrou curiosidade a respeito da entrevista gravada, então, esclareci quais seriam as perguntas e que não precisavam preocupar-se com elas.

Esta mãe estava muito ansiosa com a situação que estava vivenciando e percebi que “... *ela distorce algumas das minhas falas na tentativa de confirmar seus sentimentos*” (F2. O1).

A família recebeu apoio de uma prima que é auxiliar de enfermagem, esta “agiu com indiferença em relação à minha presença na residência, conversou com a família e não dirigiu a palavra a mim em nenhum momento” (F2.O2). Interpretei esta atitude como competição, pois ela detinha o maior conhecimento dentro da família, até o momento em que eu comecei a interagir com a mesma. Procurei não contestar suas informações e deixar a família optar sobre qual orientação deveria seguir.

Procurei estimular a mãe para passar a fim de quebrar a rotina, pois estava muito esgotada e ela aceitou a sugestão com entusiasmo.

4.1.2.3 As vivências da família

Observei que nesta família o nascimento do bebê causou uma desorganização considerável na sua rotina, afetando-os emocionalmente, principalmente a mãe, que demonstrou nervosismo em quase todas as visitas. Na primeira visita, “*a mãe estava visivelmente nervosa, dizendo que não havia dormido desde que o bebê nascera e que ela quer mamar o tempo todo*” (F2.O1).

Na terceira visita, ainda, “*a mãe disse estar tão atrapalhada que não consegue mais organizar-se nas tarefas domésticas*” (F2.O3).

A mãe referiu surpresa com a situação após o nascimento da filha, demonstrando decepção quando diz, na entrevista, “... *por ser a mãe, eu sou a que*

mais estranho. Eu também estava acostumada com uma rotina. Eu não pensei que fosse assim, sabe, nunca ninguém tinha me contado como é que é ser mãe” (F2.E.M.).

Na primeira visita, disse que “... parece que todos os problemas que não teve durante a gestação, que foi ótima, teve no parto e vai ter agora” (F2.O1).

O pai concorda que houve a mudança dizendo que “... alguma coisa a gente sente, porque estava acostumado com uma rotina diferente...” (F2.E.P.).

As maiores dificuldades observadas foram com o aleitamento e com a disponibilidade de tempo que o bebê solicitou, a mãe relatou que

“... ela tem horário de mamar, de hora em hora, tem horário para dar banho, hora para dormir. É uma adaptação, quem está fazendo o horário dela é ela, não somos nós que fazemos o horário. Conforme ela quer mamá ou alguma coisa, fico sempre ao redor dela” (F2.E.M.).

Na primeira visita, também, a mãe disse que “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 dificuldades observadas com o aleitamento foram devido à grande sensibilidade que a mãe tinha no mamilo, referindo muita dor, embora não tenha tido fissuras. Tentou todas as alternativas que lhe foram ensinadas, tanto pelos profissionais de saúde, como pela rede de apoio social. Na primeira visita, estava usando pomada e casca de mamão. Na segunda visita, o obstetra havia receitado outra pomada, na terceira visita, estava usando um bico de silicone e, na última visita, havia desistido de tudo, achando que o bebê estava tendo cólicas por engolir ar devido ao bico de silicone. Disse que “...ainda dói o mamilo, mas é suportável, é que está acostumando-se” (F2.O4).

A livre demanda, conforme orientação dos profissionais e outras pessoas, foi percebida pela mãe como inadequada e de difícil adaptação para ela.

“Não estou me adaptando ainda bem, sabe. Tem coisas que ainda acho que é diferente, mas com o tempo vai passando. Tipo isso, de mamar de hora em hora. Eu acho que não é certo. Mas todo mundo fala que é certo, então para mim também tem que ser certo. O que vou fazer?” (F2.E.M.).

Na terceira visita, ela falou que *"acha que não deve dar o seio com menos de 2 a 3 h, mesmo que o bebê chore"* (F2.O3).

A mãe não fez nenhum tipo de preparo do seio para a amamentação, tendo sido orientada apenas sobre banhos de sol, mas não os fez. Também demonstrou impaciência com a demora da apojadura, observei, nesta ocasião, que *"a mãe acreditava que todos os problemas iam passar quando o leite descesse, pois achava que o bebê ia mamar e dormir"* (F2.O1).

O fato do bebê querer mamar a curtos espaços de tempo trouxe insegurança quanto à quantidade de leite: *"A mãe disse que achava que tinha pouco leite, porque ela continuava mamando de hora em hora, mas quando pesaram, ela tinha aumentado bem de peso"* (F2.O4). Na última visita, a mãe exclamou com impaciência *"... mas eu não tenho mais leite para dar para esta menina. Estou dando leite a horas para ela. O que vou dar para ela?"* (F2.E.M).

A família tentou dar bico seco para o bebê, mas este não aceitou. A mãe disse *"... não pega de jeito nenhum, já troquei, comprei, tem um estoque de bico. Cada um que chega diz compra esse, compra aquele. Ela puxou por mim, eu não peguei bico"* (F2.E.M).

Observei que *"todos tentavam consolá-la, dizendo que é normal algumas dificuldades, mas a mãe não aceitava. O pai repetiu várias vezes que ela precisava acalmar-se"* (F2.O1).

Na percepção do pai, a mãe passava o nervosismo para o bebê, demonstrando constrangimento com o comportamento da mãe.

Outra dificuldade referida pela mãe foi devido à descontinuidade do sono do bebê e conseqüentemente dela. Disse que *"o que a incomoda são as noites mal-dormidas, apesar de estar conseguindo dormir um pouco durante o dia..."* (F2.O3). Estar muito tempo em casa, disponível para o bebê, também, foi difícil para a mãe, que falou 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).

Demonstra vontade de voltar a trabalhar logo, contando experiências de outras mulheres, entre elas, a de sua chefe, que *"retornou ao trabalho em menos de uma semana depois do parto, e que levava o bebê junto"* (F2.O3).

Percebi na mãe o receio de não poder retomar a vida própria, anterior ao bebê, ilustrada pelos comentários feitos por ela durante uma observação, contando a história de uma amiga que *“disse que depois que nasce o filho, a mulher nunca mais vive para ela, só para os filhos”* (F2.O1).

Na primeira visita a mãe relatou que o bebê estava dormindo na cama do casal, pois ela sentia muito frio para levantar à noite. Orientei sobre os inconvenientes e observei que, na segunda visita, o bebê estava dormindo no bercinho.

Apesar das dificuldades relatadas pela família, eles foram acostumando-se à mudança com o passar do tempo. A mãe disse, na última visita, que *“... os primeiro dois, três dias que foi difícil, depois eu peguei a rotina com a criança pequena. Por enquanto tá bom, agora estou melhorando”* (F2.E.M). A avó também relatou que *“... era um poço de desânimo quando ela chorava de cólica..., mas está passando. Depois de 40 dias, aí, fica tudo bem melhor”* (F2.E.A.).

Na segunda visita, observei que a mãe estava mais alegre e menos nervosa. Ela disse que *“... o leite veio e eles estavam contentes. Ela estava dormindo bem e o mamilo tinha melhorado. Percebi que ela olhava o bebê com afeto e acariciava-a, diferente da primeira visita”* (F2.O2).

Apesar disso, ainda na última visita, percebi algumas dificuldades de interação família-bebê, pois *“ainda não se observa 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).

Mesmo demonstrando estas dificuldades, o casal disse estar sentindo-se bem como pais e que é uma boa experiência. A avó disse que *“... estou meio perdida, mas estou achando bom...eu estou meio destreinada, mas assim mesmo ela é minha alegria, e já me dá risada. Falo com ela, ela já me conhece, já dá risadinha”* (F2.E.A).

A família relatou que, com o nascimento do bebê, surgiu a necessidade da aquisição de alguns medicamentos, sendo que *“... não sabem como os pobres cuidam dos seus bebês, como compram as coisas necessárias, pois está difícil para eles, os gastos com farmácia e médicos”* (F2.O3).

Devido a estas dificuldades econômicas, também optaram por usar fraldas de tecido, a partir da segunda semana de vida do bebê.

A família disse que não surgiram conflitos após o nascimento do bebê, porque sempre deram-se bem. A mãe falou que

“... então quando tem problema a gente dialoga, conversa, nós três, ele, eu e a mãe... então dificuldades assim, coisas que aparecem, a gente resolveu. A não ser coisas que não saibamos, aí a gente pergunta...” (F2.E.M).

Quanto ao relacionamento entre a mãe e o bebê, referindo-se ao aleitamento, a mãe disse: *“Nossa briga... é só essa a nossa encrenca” (F2.E.M).*

Percebi dificuldades no vínculo através da manifestação da mãe, achando que *“o primeiro mês de vida do bebê vai ser sem graça, pois ele não reage” (F2.O1).*

Em relação à participação do pai, também surgiu alguma divergência, como mostra este diálogo entre a família. *“Cuido um pouquinho às vezes, mas não tenho muita prática” (F2.E.P).* *“Eu já falei pra ele, que tem que começar cuidar mais” (F2.E.M).* *“Quando ela chorava de cólica, no fim ele se arrancava para a cozinha, deixava nós se virar” (F2.E.A).* *“Três para cuidar também não” (F2.E.P).* *“Agora ele está participando bem mais” (F2.E.M).*

Na segunda visita, a mãe disse que *“esta noite ia fazer ele ajudar, pois só ela não valia” (F2.O2).*

A mãe e a avó disseram que o pai não ajuda muito por não ter jeito para pegar o bebê. No entanto, o pai defendeu-se dizendo que *“tem sempre feito o almoço” (F2.O3).*

Observei, também, que a avó havia feito alguma tentativa de passar a sua experiência para a mãe. *“A avó disse que ela nunca fez dieta e que havia dito isto para a filha, mas havia muita conversa de comadre. A mãe disse que dentro de casa também tinha conversa de comadre” (F2.O2).* Frente às dificuldades demonstradas pela mãe, a avó disse que sempre tinha dito como ia ser com um filho, mas a mãe respondeu que *“a mãe dizia assim, o dia que tu for mãe, tu vai saber como é difícil, mas nunca me falou como é ter um filho” (F2.E.M).*

Questionados sobre o tipo de ajuda que gostariam de ter recebido, a mãe falou que *“eu queria que alguém me dissesse que as coisas é 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).*

A mãe enfatizou que essa orientação era o mais importante e foi só o que faltou a ela.

“Nos primeiros dias eu andava nervosa e tudo. Se tivesse recebido as informações, eu já tinha me preparado psicologicamente, bem antes. Quando soube que era parto normal, eu já comecei preparar minha cabeça há muito tempo. Eu tinha medo, mas sabia que era uma hora que eu tinha que passar, então na hora que começou a dar as contrações, eu sabia que tinha que passar por aquilo. Então me preparei antes. Se tivessem falado do problema do seio, tinha me preparado. Agora eu fui pega de surpresa. Nasceu, e começou tudo a complicar, comecei a desesperar” (F2.E.M.).

A avó acredita que o importante é que o bebê tenha saúde, falou que “o mamã não é problema. O problema seria se tivesse doença” (F2.E.A.).

O cuidado com a mãe e o bebê foi realizado principalmente pela avó, apesar desta apresentar forte lombalgia por problemas na coluna. A mãe disse que “se não tivesse a avó, não sabe o que faria” (F2.O3).

Na última visita, a mãe relatou que trocava a fralda do bebê, mas ainda não dava banho, só a avó.

Observei que a família utilizou medicamentos antiespasmódicos e analgésicos com frequência, quando o bebê por algum motivo choramingava.

Houve preocupações, por parte da mãe, quanto ao bebê ficar mal-acostumado se embalado no colo, e também com a sua forma física, perguntando-me sobre o uso de cinto abdominal.

A família também contou com o apoio de uma prima da mãe, que é auxiliar de enfermagem e trabalha há muito tempo em UTI Neonatal. A avó disse que “nos primeiros dias, que não caía o umbiguinho, vinha dar banho, porque eu tinha medo ... Agora, de vez em quando, cada três dias, ela olha” (F2.E.A.).

Esta prima deu várias orientações contraditórias às do serviço de saúde, com as quais algumas vezes a avó discordou, demonstrando insatisfação.

“A prima falou que deveriam dar um chá doce de mamadeira, para enganar o bebê até o leite descer... perguntou se eles haviam comprado mamadeira e chamou atenção por não terem comprado. A avó insistiu no uso da colher e ela achou absurdo dar de colher à noite, disse que não era para dar muita bola para as ‘psicologias’, pois o peito dela iria ‘reventar’”. (F2.O1).

A avó perguntou-me sobre os chás, gostaria de dar de colher para o bebê. Quando falei sobre a inconveniência do açúcar, ela comentou que “... *sempre deram e nunca fez mal aos bebês. Comentaram que as crianças antigamente tinham menos doenças, eram mais fortes*” (F2.O1).

A prima disse que filhos dão muito trabalho e concordou com a mãe sobre não querer mais filhos.

A mãe mostrou-se ambivalente em relação a ter outros filhos, “...*disse que não sabia se iam ter mais filhos, que o parto era muito dolorido...disse que no próximo vai preparar-se melhor, que deve ser ruim um filho só, sem irmãos, ficam muito mimados*” (F2.O2).

A avó acredita que a diversidade de palpites que chegam à família é um fator negativo, “*comentou que cada vez que a mãe vinha da rua, trazia uma nova conversa de comadre e que isto é ruim, confunde a cabeça, com tantas informações*” (F2.O3).

A família trouxe folhetos educativos do hospital, mas só leu após o meu incentivo, achando várias informações que consideraram importantes. A mãe disse que “*este manual deveriam ter dado antes do nascimento. Não adianta depois que nasce. Porque daí a gente já está preparado*” (F2.E.M.).

A avó concordou dizendo que “*se ela tivesse tido orientações antes, teria evitado muita coisa*” (F2.E.A).

Observei que esta família não recebeu orientações sobre o puerpério, vacinas, preparo dos seios e da necessidade de revisão ginecológica. “*A mãe criticou o serviço de saúde por não tê-la orientado para fazer a vacina contra Rubéola quando estive lá, vacinando o bebê... criticou o obstetra, também, por não ter falado sobre a vacina anti-tetânica*” (F2.O3).

Os profissionais de saúde também dão orientações divergentes, que confundem a família. A mãe relatou que

“quando eu fui tomar a injeção da rubéola, comecei a conversar, daí falei do problema do seio. Daí elas me mandaram passar mel e disseram que os médicos não falam direito. Porque tem uma pomada que a gente passa no seio uns dias antes, prepara o seio para não ter esse problema de dor... Saí de lá indignada...” (F2.E.M).

Encontrei presente nesta família algumas crenças populares, como os cuidados no 7º dia, o uso da faixa umbilical, o receio de lavar o cabelo e a privação de alguns tipos de alimentos. Perguntei porque achavam o 7º dia perigoso, e eles responderam que não sabem, todo mundo diz que é.

4.1.3 Família Três – Família Céu Azul

A família justificou a escolha deste nome da seguinte forma: *“Esses dias estava em casa, pensando para mim, é tão grande, é tão imenso o que a gente sente por um filho, que não tem como explicar. E o céu é imenso”* (F3.E.M).

Contatei com esta família no Hospital de Caridade. Eles relutaram um pouco, mas aceitaram participar, ressaltando que seria difícil a participação do pai devido ao seu tipo de trabalho.

4.1.3.1 Características da família

O casal morava sozinho em um bairro um pouco distante do Centro, porém, após o nascimento do bebê, mudaram-se temporariamente para o apartamento dos avós maternos, pois acharam mais prático do que a avó ir para a casa deles. É um apartamento amplo e central, onde mora também o irmão mais novo da mãe.

A mãe tem 30 anos, curso superior em Pedagogia e trabalha como auxiliar administrativo em uma empresa. A sua renda é de 2 e 1/2 salários mínimos. Pretende abrir uma creche com uma amiga daqui a algum tempo. Passou bem durante a gravidez, somente teve alguns episódios hipertensivos no final da gestação e achou que foi porque incomodou-se no trabalho.

O pai é industrialista, trabalha em uma padaria que é da sua família, tem 23 anos e uma renda de três e 1/2 salários mínimos. Ele estuda à noite na Universidade e trabalha o dia inteiro de sábado, o que dificultou sua participação na pesquisa. Ele não interrompeu o trabalho após o nascimento do bebê. Por várias vezes, desmarcamos as visitas e a entrevista devido à incompatibilidade de horários e a presença de muitas pessoas visitando a família nos feriados e fins-de-semana.

O bebê é um menino, nasceu com 3.200 g, de parto cesáreo. A mãe não queria fazer cesariana, mas o médico disse que o líquido amniótico estava meconiado e não

quis esperar a evolução do parto normal. A mãe tinha medo da recuperação, mas está achando boa, não teve problemas.

A família fez o pré-natal e o parto em nível privado¹. A gravidez não foi planejada, a mãe estava fazendo uso de anticoncepcional oral. No entanto, a mãe relata que, após passado o primeiro susto, o bebê foi muito esperado por todos. Disse que o avô estava muito feliz, ligou para todo mundo para contar sobre o bebê e que o pai começou a manifestar-se quando a barriga começou a crescer.

O casal não gosta da casa onde mora e pretendem mudar-se logo para uma casa construída no terreno dos avós paternos, até que possam construir em outro lugar. A família pretendia ficar na casa dos avós maternos até cair o coto umbilical, mas acabaram ficando 33 dias.

4.1.3.2 A enfermeira interagindo com a família

Visitei a família no 4º, 11º, 14º e 41º dias após o nascimento, sempre na casa dos avós maternos. Em três visitas, permanecemos na sala e na última na cozinha. Não conheci a casa do casal e nem as outras dependências da casa dos avós, mas a mãe disse que o bebê dormia no carrinho ou na cama com ela.

O pai participou só da entrevista, no último encontro, em um domingo à tarde, embora eu tenha tentado marcar diversos horários diferentes para que ele estivesse presente, mas a mãe não achou possível. A partir do 4º dia, o pai passou a dormir na casa do casal, sozinho, para poder descansar melhor. Não pude observar a relação do pai com o bebê, pois na única visita em que ele estava presente, o bebê estava dormindo no quarto com os avós.

Durante a entrevista, os pais demonstraram bastante emoção ao falar no filho, a mãe chorou várias vezes. Reforcei a normalidade destes sentimentos. Orientei sobre o uso de chás e água, o sono do bebê e a regurgitação, questionamentos feitos pela mãe. Como esta família era bem informada, minha participação foi mais no sentido de reforçar cuidados positivos e dizer que os sentimentos que estavam tendo eram normais, próprios da etapa que estavam vivenciando.

Com esta família, não consegui sentir-me à vontade, as visitas foram bastante formais e não conseguimos estabelecer um vínculo.

¹ Este tipo de atendimento refere-se ao sistema em que o cliente paga diretamente ao médico.

Esclareci à mãe sobre a entrevista, pois ela preocupou-se com o tipo de pergunta que eu iria fazer.

4.1.3.3 As vivências da família

O casal disse que foram para a casa dos avós porque precisavam de ajuda, pois eles não tinham experiência nenhuma. 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).

Disseram que a chegada do bebê foi uma alegria enorme, não só para eles, mas para todas as pessoas de seu relacionamento. A mãe falou que *“todo mundo ficou paparicando, pegando bastante”* (F3.E.M). O pai disse que *“todos queriam saber como está o bebê”* (F3.E.P.).

Acreditam que a adaptação à chegada do bebê não foi difícil. A mãe disse que

“... a gente fica nervoso antes dele nascer. Ficamos pensando, meu Deus, será que a gente vai conseguir se adaptar? É bem fácil, bem como dizem: o instinto de pai e de mãe funciona mesmo... eu pude perceber, agora, esta semana que fui para casa, sem a mãe para estar junto, para trocar, dar banho. Fácil, fácil, não é difícil” (F3.E.M).

A mãe relatou alguma dificuldade para realizar outras atividades, mas não preocupa-se com isto, acha que a casa fica para depois, primeiro o bebê.

Na opinião do pai, falando sobre a adaptação

“...agora com o tempo a gente vai ver como é que vai ser, que alguma coisa mudou. Há algumas coisas, é difícil de explicar, é de dentro do coração que a gente sente diferente. Pelas palavras assim é difícil traduzir” (F3.E.P).

O pai falou sobre seu sentimento em relação a ser pai. *“É uma coisa muito boa, é uma alegria enorme. Saber que tem um filho que tem que cuidar. Tu vai lá, antes de fazer uma coisa, você pensa, tem uma criança. Até no meu caso eu estou pensando que penso antes no meu filho...”* (F3.E.P).

No momento em que o pai falava sobre o seu sentimento, a mãe emocionou-se e começou a chorar, depois falou *“eu sou uma manteiga derretida. Qualquer coisinha estou chorando, às vezes, estou amamentando ele, e nem acredito, choro, daí ele me olha...”* (F3.E.M).

Falaram para ela que poderia ser depressão, mas ela disse que *“a gente sabe quando é depressão. Não é, não tem nada a ver com depressão, é emoção mesmo, era uma coisa que a gente esperou tanto...”* (F3.E.M).

A mãe também relatou que *“...agora entendia o que era ser coruja, que sempre quis ser mãe e não cansava de olhar o bebê”* (F3.O1).

Na primeira visita, a mãe falou *“... sentir-se estranha sem a barriga, de poder pegar o bebê com a mão”* (F3.O1).

A mãe relatou não sentir muita mudança na rotina, apenas sente mais responsabilidade. *“Disse que eles não costumavam sair muito, que os amigos todos tem filhos, então não estão sentindo muita diferença”* (F3.O3).

No entanto, a mudança ficou explícita nesta fala da mãe sobre como está sentindo-se:

“A gente se cobra muito mais... a gente pensa duas vezes antes de qualquer coisa, de ir em algum lugar, vê se dá para ir ou não. Pensamos nele, antes tinha nós dois, ir ou não ir não tinha problema nenhum. Agora tem ele, tudo em função dele, não sei se é normal por ser o primeiro filho, porque está no início. A gente fica bitolada a ele” (F3.E.M).

A avó disse que se sente renovada: *“...dizem que ela ficou avó, mais velha, ela diz que renovou-se, começou de novo”* (F3.O1), *“...disse que por ela teria tido mais filhos, ela perdeu uma menina que faleceu após o nascimento”* (F3.O3).

Na terceira visita, a mãe disse que planejava voltar para casa na outra semana, pois o pai já estava perguntando quando voltariam. No entanto, acabaram ficando mais, cerca de 15 dias. No dia desta visita, 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). Também justificou o fato de ficar mais tempo na casa da mãe devido à cesariana, *“pois se ficar sozinha terá que fazer o serviço e o almoço, e não quer fazer esforço”* (F3.O2).

A mãe referiu ter medo de manusear o coto umbilical e demonstrou ser algo que a assustava. Igualmente, assustou-se com o vômito do bebê. *“A mãe disse que o bebê vomitou e ela estava sozinha no quarto, assustou-se e gritou pela mãe”* (F3.O2).

O primeiro banho de imersão do bebê foi dado pela avó, com a ajuda da mãe. A presença da avó foi um fator de segurança, sendo colocado pela mãe como necessidade importante.

“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 ... No início eu queria a mãe perto de mim, qualquer coisinha eu chamava ela, não conseguia fazer as coisas sozinha” (F3.E.M).

Na última visita, ainda, persistiam estes medos. A mãe disse *“qualquer coisinha pulo da cama, o pai diz: calma, não é assim. Sabe, a gente fica com aquele medo, que vai acontecer alguma coisa com ele, e a gente não ouve, a gente fica com aquele receio de noite...”* (F3.E.M).

Relataram necessidades financeiras. A mãe falou que *“...a gente sabe que criar ele não é fácil, é pediatra, é remédio todo mês. Esta semana eu fiz plano de saúde para nós. Até então foi tudo particular... já é difícil para dois, imagina para mais uma criança”* (F3.E.M).

Os pais têm expectativa de poder fazer o melhor pelo filho. *“Tu tens que dar do bom e do melhor para ele, pelo menos vamos tentar”* (F3.E.M).

O casal afirmou não terem tido nenhum tipo de conflito após o nascimento do bebê. O pai disse que *“a relação mudou com a vinda do nenê, mudou um pouquinho, mas praticamente está como era antes”* (F3.E.P).

A mãe referiu-se ao livro que leu durante a gestação, dizendo que

“...naquele livro fala muito isso. O pai se sente excluído, porque a atenção é toda para o nenê. Procuro dar atenção para os dois, não esquecer o marido, os amigos, a família mais próxima. Pode se excluir em função de uma criança, tem que saber acompanhar tudo direitinho, levar a vida que a gente levava antes. Agora com o nenê, tem que saber encaixar com a nossa vida, claro, com algumas modificações, mas não de isolar-se” (F3.E.M).

Quanto ao relacionamento mãe-bebê, ela disse rindo *“acho que ele me ama....ele resmungava, eu tinha ido tomar banho. Daí eu vim aqui na sala e peguei ele, pronto, parou. Já sente o cheiro da mãe, agora ele já conhece a voz,...até o pai ele já conhece...”* (F3.E.M).

A mãe falou sobre a relação do pai com o bebê. *“Todas as tardes ele sai do serviço e vem para casa dá uma olhadinha... beija o nenê e esquece a mulher”* (F3.E.M).

O pai reforçou que

“eu estou gostando muito dessa criança que veio... mudou, mudou bastante coisa na minha vida... não tem muitas palavras a dizer.... 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, embalo ele, beijo ele, daí ele acalma, às vezes dorme, às vezes não, chora, é mamá. 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).

O cuidado com a mãe e o bebê foi feito pela avó e, após a família retornar para casa, a mãe diz que cuida do bebê sozinha. Quanto à ajuda do pai, a mãe falou *“é, de noite o pai ajuda, ele está pesado... pego no colo dorme que nem um anjo, bota no bercinho, resmunga, então tu cansa... às vezes eu procuro nem acordar o pai, porque no outro dia ele trabalha, eu não” (F3.E.M).*

A mãe disse que só, às vezes, consegue descansar durante o dia e que é bem cansativo o cuidado ao bebê. *“É bem puxado, agora no início, não vou dizer, porque é, é puxado, dá para cansar também, mas tem seu lado compensador e bastante...” (F3.E.M).*

A avó aceitou bem as orientações profissionais dadas no hospital sobre cuidados com o bebê e a puérpera, disse que *“as coisas mudam com o tempo, é bom informar-se... é tudo diferente, mais simples” (F3.O1).* Porém, resistiu um pouco na questão de dar ou não chás para o bebê. A mãe disse que *“levou no pediatra e ele disse que não era para darmos nada para o bebê, só o peito. Ficamos com pena, coitadinho, será que ele não fica com sede?” (F3.O2)* A avó então disse que *“sempre deu para os filhos dela e que a bisavó já havia perguntado pelo telefone se já estavam dando chá” (F3.O2).*

A família pretende deixar o bebê com a avó, quando a mãe voltar a trabalhar, porém, o avô falou que *“a avó vai cuidar do bebê para a mãe trabalhar, mas que a responsabilidade é dos pais, ela vai ser só a babá” (F3.O3).*

A mãe falou que não precisaram de nenhuma ajuda além da avó, que não trabalha fora e pode ajudar. Acharam que foram muito bem atendidos pelos médicos e hospital.

A família sente-se apoiada pelo pediatra, que lhes falou para ligarem a qualquer hora que precisassem. A mãe disse que *“...ele vai orientar mais alguma coisa, tudo o que a gente tem que fazer...ele vai orientando aos poucos” (F3.E.M).*

Observei, na primeira visita, que o bebê estava um pouco icterício, mas a família já havia feito contato com o pediatra e este já havia examinado o bebê, orientando para que o deixassem na claridade.

A mãe buscou informar-se sobre a fase que estavam passando através da literatura e também conversando com outras pessoas, disse que até agora não tiveram dificuldades maiores para saber se faltou alguma orientação, somente passaram por um episódio em que não sabiam o que fazer com o bebê.

“Teve uma noite que ele chorou bastante... deu um nervoso, era o segundo dia que estava em casa, só estava nós três. Ele chorava, chorava, berrava... daí ele disse para ligar para o pediatra e explicar o que estava acontecendo... daí era onze e meia da noite eu liguei para o pediatra. Daí ele mandou dar umas gotinhas e se não passasse era para ligar para ele. Passou era duas e meia ... nessas horas a gente sente dificuldade. Não que não tivesse noção, porque a gente sabe que criança quando chora e se chora é porque tem alguma coisa...” (F3.E.M).

Outra dúvida relatada foi quanto ao sono do bebê. Acharam que *“ele dormia muito e tentavam acordá-lo, mas ele ficava bravo, pensaram que pudesse ser devido ao remédio espasmo-luftal”* (F3.O2). À noite, o bebê dormia numa cama de casal com a mãe, enquanto eles estavam na casa dos avós. Devido a isso, a mãe não dormia direito, pois *“não se mexia com medo de machucar o bebê, chegando a ficar doída”* (F3.O3).

A mãe relatou que *“no hospital deram leite em pó Nan para o bebê, pois acharam que ele estava com fome e que ela não tinha colostro. Ela disse que foi uma decisão da ‘enfermeira’”*(F3.O1).

Observei, através do relato da mãe, que o avô foi bem participativo. Ela disse que *“o avô cuida do bebê, fica tempo com ele no colo. Foi junto registrar o bebê e não gostou por não precisar a assinatura dele no documento”* (F3.O2). Ela também disse que *“o avô está muito feliz, levanta de noite para olhar o bebê”* (F3.O3).

Algumas crendices foram relatadas pela rede de apoio, como quando a empregada disse que *“quando o vômito é coalhado é porque o bebê está crescendo. A mãe achou graça da crendice”* (F3.O2).

A mãe disse que *“receberam visitas a toda hora e que achou muito cansativo, o telefone não parava de tocar e ela não conseguia descansar”* (F3O3).

A expectativa da mãe é de ter mais um filho daqui a uns 4 anos.

A mãe quis deixar uma mensagem para outros pais. *“Só que amem os filhos... se tem cuide com carinho, com amor, é teu pedacinho que está ali crescendo...”* (F3.E.M).

4.1.4 Família Quatro – Família Maravilhoso

Esta família descreveu o primeiro mês com o bebê como maravilhoso, escolhendo esta palavra para defini-lo. A mãe relatou *“se eu soubesse que era assim, que não era difícil ter um nenozinho, já tinha feito antes, nem tinha demorado cinco anos, já teria feito no primeiro ano”* (F4.E.M).

Conversei com esta família no Hospital Santa Terezinha, estavam a mãe, o bebê e uma tia. A mãe demorou um pouco para entender a minha proposta e ficou um pouco insegura, mas a tia entendeu e explicou para ela. Ela aceitou e combinamos a primeira visita, apesar de demonstrar preocupação em me receber devido às condições da casa onde reside.

4.1.4.1 Características da família

A família mora em um porão de alvenaria, com duas peças e um banheiro, bastante simples e úmido. O acesso à casa é difícil, nos fundos de outra casa, por uma estradinha de terra, na descida. A casa é muito limpa e um pouco desarrumada devido ao pouco espaço. Na sala, que também é cozinha tem uma cama de solteiro. O casal queixou-se, em várias visitas, das condições da casa. Disseram que é muito úmida e não conseguem comprar tinta para pintá-la. Gostariam de se mudar, mas não tem para onde ir. A mãe precisa deixar o bebê com outras pessoas para poder lavar roupa, que é fora, nos fundos da casa.

A mãe é empregada doméstica e trabalhou até a última semana de gestação. Disse que lavou vidros, móveis e paredes antes de sair de laudo, para deixar tudo em ordem. Tem 26 anos e recebe um salário mínimo. Percebi que não conhecia os seus Direitos Trabalhistas em relação à gestação. Estudou até a 5ª série do 1º grau. Fez o pré-natal na Unidade Básica de Saúde do seu bairro e a cirurgia foi feita pelo obstetra de plantão. Ela disse que não teve dilatação e que "judiaram" bastante dela antes de

resolverem fazer a cesariana, mas por várias vezes ela repetiu que já esqueceu da dor que sentiu.

O pai tem 25 anos, é auxiliar de indústria em uma empresa montadora de ônibus e recebe 2 salários mínimos. Gostaria de sair do emprego, pois onde trabalha tem muita poeira e ele acredita que está fazendo mal para a sua saúde, além disso, chega em casa coberto de poeira, com cheiro forte, não pode chegar perto do bebê antes de tomar banho e trocar toda roupa. Disse que tinha voltado a estudar no SESI, mas parou porque ficou envergonhado por não enxergar no quadro, e não tinha dinheiro para comprar o óculos. Tirou licença paternidade por cinco dias. Ele não esteve presente somente na terceira visita e sempre participou da conversa.

O bebê é uma menina e o casal afirma que nasceu uns dez dias antes do dia em que esperavam, mas é saudável. Disseram que foi uma gravidez planejada e que queriam muito um filho.

4.1.4.2 A enfermeira interagindo com a família

Visitei-os no 4º, 7º, 17º e 31º dia de vida do bebê. Eles sempre receberam-me muito bem, demonstrando satisfação com as minhas visitas. Preocuparam-se sobre a gravação, pois acharam que seria com imagens, mas como expliquei que seria só voz ficaram tranquilos. Convidaram-me para visitá-los não só para pesquisar, mas para vê-los.

A mãe demonstrou várias vezes preocupação sobre a minha percepção da sua casa, pelo fato de ser bastante simples.

Tendo o cuidado de não entrar em conflito com suas crenças e mitos, orientei sobre: o ingurgitamento mamário e a retirada manual do leite, a adaptação do bebê ao ambiente externo, respiração, eliminações e alimentação do bebê, inconvenientes do bebê dormir na cama do casal, revisão ginecológica, vacinas, crenças sobre o sétimo dia, cuidados com o coto umbilical, uso de pomada e lavagem de fraldas para prevenir assaduras, não recomendações do uso de talco, ingurgitamento mamário do bebê e cuidados, o que fazer quando o bebê engasga-se.

A família disse que não sentiu necessidade de orientações, porque “*sempre quando tinha que perguntar alguma coisa, a senhora vinha. Eu perguntava para a senhora...*” (F4.E.M).

Com o consentimento da mãe, examinei a sutura da cesariana, e orientei sobre sinais de infecção e cuidados. Conversamos sobre a necessidade de limitar o serviço doméstico para poder recuperar-se bem da cirurgia, pois a mãe tinha uma preocupação excessiva com a limpeza da casa. Também conversamos sobre a relação com o pai do bebê e a importância de dar atenção a ele também e manter algumas atividades que faziam antes.

Reforcei a importância da revisão ginecológica e o vínculo com a Unidade de Saúde. Também ressaltai a relação e o vínculo que eles tem com o bebê, dizendo que afeto só faz bem, que não deixa o bebê mimado, pois foi uma preocupação que eles manifestaram.

Orientei a mãe sobre seus direitos trabalhistas, pois ela desconhecia-os. Também orientei a leitura dos folhetos educativos que trouxeram do hospital.

A família falou-me sobre suas dificuldades financeiras e seus planos para o futuro.

Apesar de ser a família com menor condição econômica, foi a que mais manifestou sua satisfação com o nascimento do bebê.

4.1.4.3 Vivências da família

O casal relatou que ficaram muito felizes com a chegada do bebê, que foi tudo muito tranquilo, mas que deu um pouquinho de trabalho. A mãe disse que *“fica diferente, porque antes era acostumada sozinha, agora com o bebê, eu até nem acredito que tenho ela... aqui sozinha, só dá um pouquinho de trabalhinho de noite, para a mãe dela, eu gosto, já se acostumei com ela”* (F4.E.M).

O pai acha que a vida deles *“mudou para melhor. Agora com esta 'coisinha' em casa, toda hora eles querem pegar, olhar, beijar. Está achando fácil porque o bebê não é chorão. Achava que ia ter mais choro em casa”* (F4.O2).

Observei que havia muitas bonecas e bichos de pelúcia em cima da cama e perguntei se eram do bebê. A mãe disse que não, que eram dela, mas que *“agora não precisava mais, tinha uma boneca de verdade e mais bonita”* (F4.O1). Havia um bom vínculo mãe-bebê, *“ela o beija e chama de princesinha. Disse que à noite fica um pouco brava quando ela não dorme, mas em seguida a beija muito”* (F4.O3).

A família recebeu a ajuda de uma cunhada, que veio do interior e ficou na primeira semana com eles. Na segunda semana, a avó materna também passou alguns dias com eles, mas a mãe disse que *“ela é doente, então deixou-a mais para segurar o bebê”* (F4.O3).

Na primeira visita, a mãe relatou que

“havia ficado sem trocar o bebê da noite anterior até as 10 horas do outro dia, até que veio a cunhada, pois tinha medo de trocar por causa do coto umbilical. A cunhada, então, disse que iria ficar só junto e faria ela trocar o bebê para perder o medo” (F4.O1).

Na segunda visita, a mãe ainda estava insegura e disse que

“o bebê estava com cocô, mas não trocava porque tinha medo de trocar a faixa. Disse que todo mundo diz que tem que usar a faixa e ela tem medo de deixar sem, por causa do grampo. Ofereci-me para ajudá-la, mas ela disse que havia combinado com uma tia e que ela iria incomodar-se” (F4.O2).

Na terceira visita, ainda estavam vindo as tias para dar banho no bebê, porque ela disse que *“um dia ela foi dar, mas demorou muito e o bebê ficou todo roxinho”* (F4.O3).

O pai disse que sempre tem um para cuidar e a mãe complementou dizendo que *“se eu precisar sair eu posso deixar na avó, deixar na sogra... eles cuidam, por que é rapidinho, sempre querem a menina ali, eu deixo um pouco...”* (F4.E.M).

A mãe contou que foram visitar parentes outro dia e que *“não gosta que a sobrinha de cinco anos pegue o bebê, porque ela aperta ele e passa a mão na cabeça. Falou para a sobrinha que se ela machucasse o bebê, ela iria sangrá-la”*(F4.O3).

Sobre o cuidado com ela própria, a mãe relatou que

“falaram para não erguer peso, ficar na cama. Só que não era só para ficar na cama. A mulher que veio fazer o curativo, ela disse que era para caminhar, para não criar gases na barriga. Eu não fiquei na cama, nem no primeiro dia que vim. Eu já fui fazer o serviço da casa. Não tinha ninguém para fazer! E quando a minha cunhada também tinha que me ajudar, eu ficava com vergonha, pagar eu não podia pagar, então eu ajudava, porque ficava com vergonha. Ela deixou as crianças largadas, também tem que trabalhar. Depois que ela foi embora, sabe de uma coisa, de erguer peso ou não? Eu erguia, tinha que fazer o serviço” (F4.E.M).

Observei que *“ela acredita que o frio da geladeira possa fazer-lhe mal, pois não chega muito perto”* (F4.O3).

Na segunda visita, a mãe disse que *“havia feito curativo na Unidade de saúde, pois tinha secreção em um ponto e achava que um deles tinha aberto. Disse que marcou revisão com o médico só no final do mês, nos 40 dias”* (F4.O2).

Na terceira visita, a mãe havia feito revisão com a enfermeira da UBS, retirado os pontos, feito as vacinas no bebê e nela. Falou-me sobre as orientações recebidas da enfermeira. *“Acredita que se não se cuidar muito no primeiro não precisará cuidar-se nos outros filhos”* (F4.O3). Observei que havia um bom vínculo com a Unidade de saúde, a mãe relatou que *“a enfermeira atendeu-a e conversou bastante com ela”* (F4.O4).

Observei que a mãe preocupava-se bastante com o serviço da casa, disse que *“andava cansada, que já lavou vidros, guarda-roupa, armários, geladeira...”* (F4.O3). Disse também que tem muita roupa por causa do bebê e que o pai não ajuda muito, fica com o bebê à noite, quando chega do serviço.

Em todas as observações, sempre tinha uma ou mais pessoas visitando a família e a mãe relatou que *“está zonga de não dormir, que qualquer resmungo do bebê ela está acordada, que antes tinha um sono pesado e agora acorda por qualquer coisa. Disse que não descansa durante o dia porque sempre tem visita”* (F4.O2).

Falando sobre seu sentimento como pai, ele disse *“estou nas nuvens, bastante feliz. O que eu puder dar para ela, vou conseguir dar para ela, é a única”* (F4.E.P).

O casal disse que a maior necessidade que sentiram com o nascimento do bebê foi financeira, devido aos gastos com remédios. Como ela nasceu antes do prazo previsto, eles estavam sem dinheiro no momento. O pai falou que

“no fim do mês, nós calculava, depois do dia 20, recebo vale. Daí o cara já tem dinheiro. Ou no final do mês, o cara já recebe salário. Já tem dinheiro também. Só que ela nasceu antes e daí apertou bastante, e não tem para quem pegar dinheiro, não tem isso” (F4.E.P.).

A mãe relatou, na primeira visita, que *“estava com 'caroços' no seio e que estava tomando chá de funcho para o leite descer”*(F4.O1). Na segunda visita, ela também queixou-se que *“o seio estava muito cheio e dolorido, dizendo que iria dar de mamar para outro bebê. Não havia sido orientada sobre a retirada manual do leite”*

(F4.O2). Apesar da orientação do hospital que é ‘Amigo da Criança’, a família estava tentando fazer com que o bebê chupasse o bico seco.

Observei que a mãe *"assusta-se com pequenas reações do bebê, como tremores. Ela também colocou o bebê para dormir na cama dela por medo que ele vomite"* (F4.O1). Contou-me que

"assustou-se outro dia, pois deixou o bebê na cama para ir tomar banho e quando voltou ele estava todo vomitado. Pensou que poderia morrer e agora cuida mais, põe um travesseiro nas costas para ele não virar-se. Enquanto conversávamos, o bebê engasgou-se e ela assustou-se e ergueu-o. Disse que tem muito medo quando ele se engasga"(F4.O3).

O pai brincou dizendo *"que se o bebê chorar à noite, dará umas palmadas nele. A mãe disse que se ele bater no bebê, 'atora' os dedos dele, depois complementou dizendo que ele não mata nem barata, nunca bateu nela"* (F4.O1).

A família tem sua forma própria de lidar com os conflitos, a mãe disse que *"nós nunca brigamos, porque assim quando eu estou brava, ele fica quieto. Ele nunca briga comigo, sou sempre eu que brigo. Eu canso de falar sozinha e paro... tem dias que a gente está nos nervos, eu digo às vezes para ele, ele fica quieto..."* (F4.E.M). Observei que a pouca ajuda do pai no serviço doméstico é causa de irritação para ela, dizendo que *"o pai não ajuda e ela fica com vontade de bater nele"* (F4.O1).

O pai disse que não cuida mais do bebê porque *"saio de manhã e volto só às 6, às vezes, às oito, às vezes às 10. Hoje era para ficar até às 10, não fiquei"* (F4.E.P).

Eles acreditam que a relação deles está melhor do que antes, a mãe disse que *"eu e ele nunca brigamos, porque senão nem tinha bebê... senão não adianta, porque tem pai e mãe que fazem filho, depois deixa jogado, ficam brigando, o nenê fica rejeitado"* (F4.E.M).

A mãe contou-me que

"outro dia, o pai estava bicudo porque queria ir em um aniversário e ela dizia que tinha muito serviço e não queria ir. Aí resolveu deixar tudo e sair com ele e o bebê. Disse que antes não tinha tempo porque trabalhava fora e agora não tem tempo porque tem que cuidar do bebê" (F4.O3).

A mãe disse, na última visita, que agora está se entendendo bem com a filha, que

“já sei trocar, consigo dar banho, ela já está grandinha, já peguei prática. Antes, no começo, meu Deus, morria de medo de trocar, tudo era sufoco. Às vezes tinha que chamar a tia para trocar, porque ela era molinha. Depois, um dia, eu precisei que viessem trocar e não vinham. Sabe, Deus vai me ajudar, eu mesmo vou trocar a minha filha. Eu não pedi para ninguém para fazer, é a minha filha, ...vou me virar. Eu me virei sozinha” (F4.E.M).

O pai também disse que *“eu olho ela trocar, eu fico de olho, porque o dia que precisar trocar eu já sei” (F4.E.P).*

As diversas reações e reflexos do bebê são interpretados pela mãe à sua maneira. Ao perceber o reflexo de preensão, a mãe disse *“...ela agarra nas minhas mãos, ela não é burra... agarram, ela tem um medo de cair, será porque ela tem medo quando coloco na banheira?” (F4.E.M).* Os espasmos musculares fizeram a mãe falar que *“de tanto olhar e beijar o bebê, acha que está colocando quebrante nele, pois ele puxa a boca e faz caretas” (F4.O4).*

Na segunda visita, que foi no sétimo dia de vida do bebê,

“a mãe recebeu-me dizendo 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 porque que o sétimo dia era perigoso, mas todo mundo diz que é e o pai dela sempre cuidou deles no sétimo dia e ela ia cuidar, pois só tinha esta filha. Quando o pai chegou ela mandou ele olhar o bebê e ficar com ele no quarto, pois podia vomitar. Ela recém havia olhado, mas insistiu para que ele fosse” (F4.O2).

Na terceira visita, a mãe disse que *“o bebê estava com uns 'caroços' no peito e 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. Disse que as pessoas deixam ela tonta com todas as coisas que dizem” (F4.O3).*

Na última visita, o casal relatou que

“o bebê esteve gripado e o levaram na Unidade de saúde para consultar com a pediatra. Fizeram nebulização toda semana e usaram descongestionante nasal. O pai precisou faltar ao serviço para levar o bebê ao médico e comprar remédios. A pediatra solicitou um RX, pois a mãe disse que o bebê vomitava muito. O RX revelou um pouco de refluxo gastroesofágico e os pais ficaram preocupados com a compra do remédio, pois custa caro” (F4.O4).

O casal demonstrou preocupação em relação a necessidades que surgirão, como roupas e leite. Disseram que não poderão comprar porque a mãe parando de trabalhar ele não poderá pagar tudo sozinho. A mãe disse que “...*não vou deixar o bebê com ninguém, porque não cuidam que nem a gente... Agora se eu voltar a trabalhar..., se a patroa não quer mais, melhor para mim, se ela me quiser vou dar os trinta dias*” (F4.E.M). “*Também não conseguiram comprar a cadeirinha para por no carro e não sabem como vão viajar, pois podem ser multados*” (F4.O4).

A família disse que não sentiu necessidade de orientações, porque “*sempre quando tinha que perguntar alguma coisa, a senhora vinha. Eu perguntava para a senhora...*” (F4.E.M).

Apesar desta fala da mãe, observei que havia inúmeras pessoas dando opiniões para a família e que estas, às vezes, eram seguidas e outras vezes não, e que as minhas orientações e também as de outros profissionais de saúde eram analisadas com o mesmo crédito que as orientações leigas. Uma troca do bebê, feita pela mãe e uma tia, observada na segunda visita, ilustra este fato:

“Eu falei que agora não usavam mais álcool iodado, mas sim este remédio azul (corante duplo) que colocaram no hospital, e que não precisava usar mais nada. A mãe disse que ia usar graxa provada e elas colocaram. No curativo anterior, a cunhada tinha colocado azeite. A mãe disse estar confusa, que cada pessoa mandava colocar algo diferente... Disse que no hospital falaram para não usar nada, mas os parentes dizem para usar e ela quer que caia logo aquilo, que não gosta nem de olhar. Colocaram a graxa e uma gase. Em seguida, enrolaram com uma faixa” (F4.O2).

Esta mesma tia

“falou para dar uma gota de graxa provada com o chá, mas a mãe disse que tinha um cheiro horrível e que não iria dar. Também a tia enrolou o bebê com os braços para dentro, bem firme, dizendo que era bom para o “umbigo”, mas após ela ir embora a mãe desenrolou dizendo que o bebê não gostava de ficar preso” (F4.O2).

O pai falou que as pessoas assustaram muito a mãe, principalmente em relação ao parto. Ele acha que não deveriam fazer isso. Ela falou

“fui apavorada aquele dia, começou me dar as dorzinha, estava tão assustada! De tanto que falaram. Já ganhei a menina e nem sei que dor era, que falavam que era tanta dor, que subia pelas paredes. Estava apavorada antes de ganhar o nenê, já queria ter ganhado o nenê. Eu morria de medo, de tanto que assustavam, tudo parente” (F4.E.M).

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 pôde porque trabalhava. *“Eu gostaria de ter ido, a gente aprende. Até ensinavam como é que tem que fazer com o nenê e tudo. Eu não podia ir nenhuma vez, porque não tinha hora para chegar em casa, era noite” (F4.E.M).*

No hospital, também, a mãe disse que não recebeu orientações sobre o bebê, falou que *“eles falaram que era para levar com 15 dias ao Posto. Nem deu 15 dias, nós levamos ao Posto para fazer a vacina, e tudo. Só isso de cuidado. Ninguém me falou o que tinha que fazer. Acho que pensaram que eu sabia tudo” (F4.E.M).* Ela estava orientada também para retirar os pontos em dez dias e fazer a vacina contra Rubéola (F4.O1). A mãe relatou que *“ia pedir para alguém levar o bebê para vacinar porque não tem coragem, ela é muito pequenina” (F4.O1).*

A mãe explicou ao pai que *“aquilo que fizeram no hospital quando colocaram o pé do bebê no papel, não era o teste do pezinho e que eles precisavam fazê-lo” (F4.O1).*

Observei que eles haviam trazido folhetos educativos do hospital e perguntei o que acharam. A mãe disse que

“ajudou bastante. Ali diz que não pode passar talco, perfume no nenê e eu não sabia. Secar bem as dobrinhas do nenê... Até lavar a roupa com sabonete, nunca ia lavar com isso. Diz também que era para colocar uma colher de vinagre branco. Ainda não coloquei, lavo só com sabão de côco ou glicerina. Mas também alguma coisa que a gente não sabia, que no livrinho explica. Esses dias ele leu primeiro e estava me dizendo, depois li eu. Já deixei ali em cima para quando eu quero tirar uma dúvida, já pego o livrinho para ler” (F4.E.M).

O casal pretende ter mais um filho, um menino, a mãe disse que *“seu sonho é ter um casal” (F4.O1).*

4.1.5 Família Cinco – Família Felicidade-Responsabilidade

Esta família escolheu estas duas palavras. A mãe disse que escolhia a palavra felicidade, pois o filho " *é uma inspiração, mas é felicidade, todo dia tu acorda às vezes de mal humor, mas tem ali o teu filho*" (F5.E.M). O pai disse que juntaria a isto, a responsabilidade, pois " *tu tem que se entregar para o teu filho, tu tem que estar ali, tu tem que estar presente, porque ele precisa de ti, ele é totalmente dependente*" (F5.E.P).

Conversei com esta família no Hospital de Caridade. Estavam os pais e a avó paterna. Eles concordaram em participar da pesquisa. Combinamos a data da primeira visita, que depois teve que ser adiada em função da presença de muitas visitas na casa.

4.1.5.1 Características da família

Eles moram na casa dos avós paternos, pois estão juntando material para construir sua casa nos fundos do terreno dos avós. É uma casa de alvenaria, boa, com bastante espaço. Tem um quarto para o casal, com banheiro privativo. Arrumaram um espaço para o bebê neste quarto. Nesta casa moram, além dos avós, um sobrinho do pai, de 13 anos, que foi criado pelos avós.

O pai tem 28 anos, é Representante Comercial e tem uma renda por comissão de aproximadamente R\$ 1.200,00. Ele tirou folga na primeira semana para ficar junto à mãe e ao bebê.

A mãe tem 33 anos, não trabalha no momento e tem dois cursos superiores incompletos. Gostaria de recomeçar o estudo, mas tem dificuldade financeira. Ela tem distúrbio do pânico e usava antidepressivo há seis anos. Parou de usar a medicação, assim que soube que estava grávida e não pretende usar enquanto estiver amamentando.

O bebê é um menino, nasceu de cesariana, um pouco antes do tempo, segundo a mãe, devido a alterações na pressão arterial. Todo o atendimento pré-natal e ao parto foi feito em nível particular, com exceção de alguns exames laboratoriais que foram realizados pelo SUS. Disseram que se sentiram muito inseguros quando hospitalizaram para o parto, pois foram feitos vários exames para verificar as

condições do bebê, e os médicos demoraram um pouco para decidir por fazer a cesariana.

Os pais disseram que esta gravidez não foi planejada, que se assustaram no início, pois chegaram até a pensar em não ter filhos. O pai estava desempregado no momento e preocupou-se, mas depois disseram que aceitaram bem a gravidez.

4.1.5.2 A enfermeira interagindo com a família

Visitei a família no 5º, 14º, 24º, 35º dias após o nascimento. O pai esteve presente na primeira visita e nas duas últimas. Participou bastante nas conversas e na entrevista. Esta família esteve sempre muito à vontade com a minha presença, inclusive convidando-me a entrar no quarto, dizendo que eu era de casa. Os avós também participaram, sendo que o avô contou-me um pouco de sua vida e de seus problemas de saúde. Deu-me presentes, produtos de sua plantação de verduras hidropônicas.

O pai falou

"... essa pesquisa da tua parte ela é sensacional, porque... nos livros todos que a gente leu, você tem lá profissionais falando sobre isto. Ótimo, excelente, agora, tu ler uma coisa que realmente uma pessoa passou aquilo, viveu, e está te passando, uma coisa bem natural, o que é realmente, e na nossa língua, que é mais fácil de absorver, eu acho que é fundamental" (F5.E.P).

Ele disse ainda que

"aceitou participar da pesquisa não só pela troca, mas principalmente porque achou extremamente importante o meu trabalho, acha muito bom que pais menos preparados sejam informados, não imagina como seria se ele fosse pai mais novo, lá pelos 17 anos. Acha que agora estava preparado e mesmo assim é difícil, imagina se não estivesse" (F5.O4).

Os questionamentos da família foram sobre as vacinas, cuidados para o bebê não asfixiar-se com a regurgitação e hidratação do bebê. Conversamos também sobre a inconveniência de frequentar locais com aglomeração de pessoas e realizar visitas a pessoas doentes com o bebê e sobre hábitos alimentares da família.

Reforcei a orientação de outros profissionais, como a psiquiatra e o pediatra.

Demonstrei a forma de pegar o bebê em decúbito ventral e fazer massagem no abdômen para aliviar as cólicas. Examinei a cicatriz umbilical a pedido da mãe e verifiquei que estava bem.

Conversamos sobre formas de manter o aleitamento quando ela retornar ao trabalho, sobre a necessidade de sair um pouco de casa para espairecer e sobre a normalidade de sentir-se triste e com vontade de chorar. Também conversamos sobre a relação pais e filhos e a importância do diálogo e da participação.

Os assuntos quase sempre foram os de interesse da família e, às vezes, eu aproveitava alguns momentos para reforçar aspectos que eu observava como importantes.

4.1.5.3 As vivências da família

O casal relatou que se definiram mesmo como família no momento em que saíram do hospital. O pai disse que

“assim que tu sai do hospital é que tu tem certeza que a tua família está realmente constituída, porque a insegurança é total... e dá aquele frio na barriga, no estômago, tu sente a tua adrenalina ir lá em cima, agora é nós três e o mundo” (F5.E.P).

A mãe concordou dizendo que

“no hospital tu fica meio achando ainda que não constituiu família, porque sempre tem alguém, ou seja, principalmente as enfermeiras que estão lá direto, as visitas. Mas a partir do momento que a gente fica sozinho, os dois mais o bebê, é o momento que a gente vem para casa...” (F5.E.M).

Apesar desta insegurança relatada pelo pai, ele disse que a chegada em casa foi muito feliz. *“Agora é maravilhoso porque a partir do momento que tu põe ele para dentro da tua casa, ali tu viu que completou o ciclo que tu estava esperando” (F5.E.P).*

A mãe reforça dizendo que nunca vai esquecer a chegada em casa,

“a avó paterna esperando... estava um dia meio chuvoso, tinha um vento, e ela estava esperando ali fora com tudo arrumado, o quartinho todo prontinho, esperando ele com o maior carinho, todo mundo na maior felicidade, o primo, o avô paterno...” (F5.E.M).

O pai disse que a presença da avó paterna foi boa, trouxe segurança. Ele falou que *"... a gente procurou fazer tudo sozinho, não precisar de auxílio, mas precisando, a gente sabe que está lá"* (F5.E.P). Ele também disse *"estar mais tranquilo por estarem morando com a avó, assim ela não ficará sozinha, pois ele viaja bastante"* (F5.O1).

A mãe falou que *"a avó ajudava a cuidar um pouco, mas que os antigos tem outras idéias, querem fazer do jeito deles, está dando chá de funcho para ela e diz que se o bebê vira os olhos está com quebrante"* (F5.O1).

A mãe justificou a não participação da avó materna por esta estar incapacitada, devido a ser portadora do Mal de Alzheimer. Disse que isto a deixa bastante triste, pois tem certeza de que ela estaria ali se pudesse. Quanto ao avô materno, a mãe disse que ele liga, mas não se envolve. O casal acha que o bebê aproximou as famílias, o pai falou que *"depois que ele nasceu, não queria saber mais se tinha aquele problema ou não tinha"* (F5.E.P). A mãe disse que *"parece tão pequeno o problema perto de uma coisa tão enorme que é..."* (F5.E.M). O pai reforçou dizendo que *"estávamos acostumados a viver só nós na nossa casa, agora a gente está abrindo mão disso, que é construir o nosso lugar"* (F5.E.P).

A mãe disse que *"sempre tem vindo visitas e tem bastante palpite, principalmente dos mais velhos. Tem que escutar e ficar quieta, principalmente com o sogro, que diz que criou vários. Ela diz que as coisas mudaram"* (F5.O2).

O pai aconselhou aos pais que forem ter o primeiro filho a ler, assistir vídeos, inteirar-se dos assuntos, mas ele disse que mesmo assim *"não adianta, quando ele nasce é diferente... quando nasceu é aquele baque"* (F5.E.P). Disse que o bebê é bonzinho, *"a gente não tem noção de como seria se ele fosse um garoto que chorasse, com problemas de saúde..."* (F5.E.P). O pai acha que teria sido muito complicado se não tivessem lido,

"porque a gente dependeria de uma pessoa para nos fazer isso, ou a gente iria pagar um preço, e ele principalmente pagar o preço, porque pessoas inexperientes, sem conhecimentos, aí eu acho que a pessoa fica muito mais insegura e fica com medo também, e isso transmite, porque tu vai fazer uma coisa e não sabe" (F5.E.P).

O casal acredita que o fato deles terem conversado bastante com a barriga da mãe, tenha influenciado na calma do bebê. O pai disse *"não precisa ser aquela coisa assim, doentia, ficar só pensando na barriga, falando com ela, mas um momentinho que tu tem, lá uma, duas vezes por dia... espontâneo, quando sentir vontade"* (F5.E.P).

A mãe falou que acha que o pai está muito mais preparado do que ela, porque ela fica muito estressada quando o bebê chora, não dorme, *"a gente fica em ponto de bala"* (F5.E.M). O pai justifica dizendo que *"acho que a mãe é assim... se o bebê chora parece que aquilo está acontecendo praticamente com ela mesma"* (F5.E.P). A mãe procurou consolar-se com exemplos de outros bebês, para verificar que é normal que aconteça isso.

A família cria alternativas próprias para cuidar do bebê. O pai disse que *"agora mesmo ele está no travesseiro com o nosso cheiro, que a gente providenciou e virou ele de barriguinha para baixo e isso ajuda na cólica"* (F5.E.P). A mãe falou *"ele sente o cheiro da gente e fica mais seguro, eu noto isso"* (F5.E.M). Também acharam melhor acostamá-lo com algum som, para não ficar só no silêncio, pois acham que depois ficam brabos com qualquer barulho. Colocam uma música clássica, bem baixinha para ele dormir.

O pai relatou que a adaptação é difícil, que todo o dia é uma adaptação. Ele disse que

"nós três estamos nos adaptando, porque teu relacionamento muda, tua vida muda, por mais que tu não queira, a gente está procurando manter nossa vida como era antes, na medida do possível, mas não dá, a gente tem que abrir mão de muitas coisas, horários, a gente tem que ter horários, então é uma adaptação total... a tua relação de marido e mulher muda, é até uma coisa que tu abre mão e nem nota... mas eu acho que não há uma cobrança... a gente tem que estar fazendo amor a toda hora, ou normal como era antes... ele é tão legal, e depois tu se envolve tanto que isso te completa o outro lado" (F5.E.P).

A mãe disse que

"a adaptação não é só entre os três, é com todo o resto da família, existem outros parentes e outras crianças envolvidas, e a gente nota que assim, que nem a minha sobrinha tem ciúmes, ela tem dois anos, é um toco de gente e tem ciúmes. Ela não deixa mais a mãe dela pegar o bebê, não deixa o pai dela pegar..." (F5.E.M).

Na primeira visita, a mãe disse que *"está achando este momento mais fácil e melhor do que imaginava e que ela pretende voltar a trabalhar daqui a três meses... que hoje está fácil, com fralda descartável e lenços umedecidos"* (F5.O1).

Na segunda visita, ela falou que *"pretende voltar a trabalhar daqui a 4 meses e perguntou como faria com o aleitamento, pois o local é distante... disse que vão ter que contratar alguém para ajudar em casa quando ela for trabalhar"* (F5.O2). Também disse que *"uma amiga convidou-a para sair hoje, mas ela estava pensando. A sogra disse que cuida do bebê, mas ela tem medo que ele chore...disse que ficar só em casa vai estressando"* (F5.O2).

Na terceira visita, ela contou que viajaram com o pai, ela e o bebê. O pai foi trabalhar e ela foi visitar uma amiga que tem um bebê de três meses. Disse que *"é bom sair, que ficar muito em casa está estressante"* (F5.O3).

O casal percebe o desenvolvimento do bebê com satisfação. O pai disse que *"é maravilhoso porque cada dia vai ficando mais ativo, vai melhorando os reflexos, pescoço, o corpinho dele está ficando mais duro"* (F5.E.P). Eles vão descobrindo os gostos do bebê, disseram que ele adora banho e o peito é o momento que ele mais gosta. A mãe falou sobre o peito que era *"não só pela fome como é um calmante para ele"* (F5.E.M).

A família está contente por ela estar amamentando, o pai disse que

"o aleitamento materno é tudo que a gente queria, por mais que ele requer um sacrifício grande da mãe, é aquela coisa de 3 em 3 horas você tem que estar a disposição dele para mamar, não trabalhar, praticamente é impossível manter um emprego, não existe patrão no mundo que... só se tu for dono do teu negócio...e mesmo assim é uma concessão que tu faz, é uma troca" (F5.E.P).

O pai contou que foi muito difícil para eles a demora da apojadura, que os profissionais explicavam como era, mas de uma forma muito seca e eles não ficavam convencidos. Acharam 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 ... tu vê que as horas vão passando, a criança está chorando... e tu vê que não vem nada e ele fica brabo e tu começa a ficar ansioso e tu começa a entrar na onda 'meu filho vai morrer de fome' ..."

por sorte tinha uma enfermeira que disse 'acalma, é assim'... isso é uma coisa que o casal se apavora, o aleitamento... é muito mais prático você tacar um Nan, então eu acho essencial os pais terem esta paciência e fazer o nenê sugar” (F5.E.P).

Um amigo deles chegou a sugerir que o pai sugasse para descer o leite. O pai disse ainda que *“...fui até indelicado uma hora...tu deixa até de ser educado quando chega um momento... que tu solta as unhas mesmo, por mais que tu não queira, eu já estava com vontade de mandar a mulher a... e deixar eu ir atrás de comida para o meu filho” (F5.E.P).*

A família ficou um dia a mais no hospital esperando o leite descer. O pai disse que *“pediram para que fosse dado Nan, e acompanhou a 'enfermeira' para ver se estava dando mesmo... agora que veio o leite estão tranquilos” (F5.O1).*

O pai acha que a mãe é muito possessiva com o bebê, não gosta que as pessoas o peguem. Ele disse

“isso às vezes me incomoda... claro que eu não gosto que qualquer estranho, qualquer pessoa... só que também a gente não pode exagerar neste sentimento, porque as pessoas que estão pegando ele são da família, mas ela vai ter que trabalhar este lado, até porque assim que ela começar a trabalhar, ela vai ter que por uma pessoa para cuidar dele e aí vai complicar se ela continuar, eu acho” (F5.E.P).

A mãe concordou, acha que ela vai ter que trabalhar este sentimento, pois vai acabar atrapalhando sua vida conjugal e com outras pessoas, ela disse que

“não tinha problema com ninguém, hoje qualquer coisa eu estouro, eu mudei, eu sinto que sou uma pessoa mais nervosa, mais quieta. Na gravidez, eu já estava meio assim nervosa, mas não muito, mas depois que ele nasceu sim, eu fiquei bem mais possessiva” (F5.E.M).

Na segunda visita, a mãe contou-me que

“foi à consulta da psiquiatra e ela perguntou se a mãe não tinha ciúmes do bebê. Ela disse que sim, que tem ciúmes quando os outros pegam o bebê e quando sai um pouco para ir ao médico fica louca, pensando se ele está bem, se não está chorando, a psiquiatra disse que isto é normal, é assim mesmo” (F5.O2) .

Na quarta visita, observei que “a mãe estava um pouco contrariada na sala com o bebê e o avô. Este disse que gostava de brincar com o bebê, fazendo cócegas nas axilas para ver como ele reage. Ela disse que ele machucava o bebê” (F5.O4).

O pai disse que eles procuram conversar, “claro que a gente às vezes se bica um pouco, mas a gente procura na frente dele parecer um pouco mais calmo... ele está vindo, ele está se adaptando, qualquer voz um pouco mais alta ele já muda o aspecto” (F5.E.P).

O casal relatou que surgiram conflitos, principalmente pelo fato da mãe estar estressada por ficar só dentro de casa, cuidando do bebê. A mãe disse que

“eu não estou mais vivendo, claro eu estou vivendo em função dele, mas eu, ajudar financeiramente, construir a nossa casa e eu estou aqui dentro de casa o dia inteiro” (F5.E.M). O pai também falou que “ não é fácil além de ir para fora trabalhar e voltar... e depois tu tens as tuas prioridades, fora o bebê, é claro, que é voltar a trabalhar, voltar ao teu estudo, voltar a tua vida de novo” (F5.E.P).

A mãe disse que apareceram divergências, “agora, por causa do nenê, porque um quer mais que o outro, não competição, em absoluto, cuidar mais que o outro, zelar, mas fica o medo que o outro esteja fazendo algo errado” (F5.E.M).

Quanto à relação do casal, o pai relatou que mudou, pois decidiram não ter relações sexuais nos últimos meses de gravidez e também respeitar a 'antiga quarentena'. Ele disse que

“agora a vida do casal muda, tu tem 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... ele (o bebê) te completa esta parte..., mas tu acaba de pensar em você mesmo, e quando tu te toca está vivendo só em função dele” (F5.E.P).

A mãe, falando sobre o seu sentimento, disse

“no momento que tu é mãe, tu te sente plena, porque saiu de dentro de ti, tu que gerou, ficou nove meses, teve aquele vínculo todo que não tem explicação, eu quero explicar para o pai isso, mas não tem explicação ... é enorme o que eu sinto hoje, só que não pode ser uma coisa doentia...” (F5.E.M).

Quanto às necessidades que surgiram após o nascimento do bebê, o pai disse que *"é das coisas básicas para o uso dele, aí tu vê a fralda, o hipoglós, o talquinho e essas necessidades que a gente tem porque o financeiro que mexe com a gente. A casa muito pouco teve que se adaptar a ele..."* (F5.E.P). A mãe complementou dizendo que a necessidade do saber também surgiu. Disse que leram muito, assistiram vídeos, pois *"o saber é muito importante, porque não vai ficar ligando para o pediatra toda hora e tal, que era o que eu gostaria, ter o pediatra dentro de casa 24 horas"* (F5.E.M). A mãe também falou em ler sobre o puerpério para não ficar assustada.

Uma preocupação relatada pelos pais foi sobre o vestuário do bebê, disseram que tinham dúvidas sobre o que vestir no bebê para ele não sentir frio, pois o clima é muito instável. Na quarta visita, eles disseram que *"estavam usando roupa demais no bebê, e ele estava cheio de brotoejas, agora estão usando menos..."* (F5.O4). Também não sabiam se era necessário dar água para o bebê ou não.

A família disse que tiveram um atendimento muito bom no hospital, acham que foi porque era em nível particular, pois acreditam que

"na rede pública, eles não têm esse tempo todo, no caso que eu estou falando é ali, na hora do parto, as enfermeiras... é porque elas tinham tempo para conversar com a gente, explicar. Como é bom a segurança, tinha uma enfermeira, ela está há 30 anos dentro do Hospital, essa senhora passou uma segurança para a gente, ela pegava esse bebê com tanto amor, com tanto carinho, conversou com a gente, olha, eu acho que vale mais que muita coisa. Só aquele lado humano e a experiência dela foi tudo" (F5.E.P).

A mãe relatou que o seu maior medo era da anestesia, pois tem Asma e é alérgica. Ela gostaria de ter sido orientada, saber o que poderia ou não acontecer. Recebeu um formulário perguntando se havia gostado da entrevista que o anestesista fez antes, pedindo os seus problemas de saúde, e ela disse que nunca foi feita esta entrevista.

O pai falou que

"ficaram frustrados, pois combinaram que ele entraria na sala de parto e, na hora, o anestesista não permitiu, a mãe pedia por ele e eles diziam que ele já estava vindo... ela tem síndrome do pânico e a psiquiatra e o pediatra estavam viajando no dia da cesariana" (F5.O1).

A mãe disse que

“nunca vai esquecer quando outro pediatra, que ela nem conhecia, chegou, colocou as mãos no seu rosto e disse para ela ficar calma que ia correr tudo bem. Os outros médicos mal conversavam com ela. O pediatra disse que eles acostumam com o ambiente e esquecem do paciente” (F5.O1).

O pai falou ainda, que *“o que compensou por não ter entrado na sala de parto foi o fato de ter pego o bebê e acompanhado todos os cuidados no berçário” (F5.O1).*

Outra orientação que a família acredita que faltou foi sobre amamentação. Disseram que no hospital foi ótimo, mas antes só leram que era importante, *“mas como proceder, como cuidar do teu seio, como estimular, sugar o seio, e aí que está, foi um fator que causou complicações a mais, que não precisaria” (F5.E.M).*

Os pais trouxeram para casa folhetos de orientações do hospital e disseram que foi ótimo.

O cuidado do bebê foi feito quase que exclusivamente pelo casal, a avó paterna apenas deu alguns banhos. O pai participou ativamente deste cuidado. A mãe disse que

“ele é diferente de vários pais que eu convivi e tal,... ele trabalha, tem as coisas dele, mas ele participa, ele muda, ele dá banho, coisa que até hoje eu não fiz, ele já deu dois banhos... lá no hospital ele ajudou em tudo enquanto eu tinha os pontos... existem pais que ficam por trás da mãe, ficam esperando acontecer, e ele não, ele fez tudo e faz” (F5.E.M).

Na segunda visita, a mãe contou-me que *“o coto umbilical caiu antes de ontem e ontem todos deram banho no bebê. A sogra que segurou e os outros ficaram junto e tiraram foto” (F5.O2).*

“A mãe nunca tinha tido contato com bebês, mas o pai acompanhou a criação de um sobrinho que mora com os avós paternos” (F5.O1).

O avô paterno disse que *“eu faria uma ótima pesquisa, pois eles eram um prato cheio, o filho dele era uma 'mãe' e fez mais em cinco dias do que ele em 39 anos” (F5.O1).*

O pai relatou que observou tudo no hospital, a forma como os profissionais cuidavam do bebê. Ele perguntava, aí elas paravam e ensinavam, disse que as enfermeiras só preocupavam-se com o aleitamento, mas quando ele solicitou elas se prontificaram a ensinar as outras coisas. Ele falou que

"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, e no primeiro dia tu fica meio assim, parece que saiu da tua frente e tu já fica opa, para aí, seria mais gostoso se elas fizessem aqui" (F5.E.P).

Na segunda visita, a mãe disse que

"perguntou ao pediatra se não havia uma maneira do bebê mamar menos de noite, mas não tem jeito. Embora seja ela que levanta, dá mama e troca à noite, o pai acorda e fica cansado para trabalhar no outro dia, ela consegue descansar um pouco, dorme após o almoço" (F5.O2).

Também falou que o pediatra proibiu-a de comer frutos cítricos, pouco feijão, embutidos e carne de porco, disse que os cítricos dão cólica no bebê. Ela achou que ontem tomou suco de laranja e o bebê teve mais cólica.

Observei, nesta visita, que o bebê começou a se contorcer e eliminar gases. Ela tentou acalmá-lo, passando a mão na barriga, mas não conseguindo, passou um pouco de funchicória no dedo e deu para ele chupar, disse que *"isto acalma em seguida, que usa também espasmo-luftal, que também faz um bom efeito... disse que tem receio de virá-lo de barriga para baixo"* (F5.O2). Observei, também, que o bebê estava chupando um bico seco.

A mãe disse que *"o que mais a preocupa é o medo que ele vomite e engula, contou que outro dia deitou-o após o mama e após ter arrotado, e quando voltou ele estava todo vomitado"* (F5.O2).

Na terceira visita, a mãe contou-me que outro dia levaram um susto.

"Foram dar banho no bebê sozinhos e acha que colocaram o bebê na água e estava muito fria. Ele começou a chorar, ficou vermelho e depois todo roxo. Assustaram-se muito, mas logo ele voltou ao normal. Colocaram na água de novo e aconteceu de novo. Ligaram para o pediatra e ele disse que era para soprar no rosto do bebê e se precisar dar uma palmada na nádega, que isto acontecia porque eles ficaram inseguros e o bebê percebe, que se eles deixarem isto vai se repetir" (F5.O3).

Na quarta visita, o casal disse que

"levaram o bebê ao pediatra porque ele continua se 'afinando' e eles ficam muito assustados, que sempre que ele

assusta-se ou sente dor, fica roxo e se 'afina'. O pediatra disse para eles não se assustarem que nenhuma criança morreu por causa disto, que parece que ele não respira, mas ele respira sim e vai parar de fazer isso. O pai disse que sentiu-se mais seguro, mas a mãe continua a apavorar-se com a reação do bebê” (F5.O4).

A mãe falou sobre a relação com o bebê, que

"fico pensando à noite quando eu estou acordada... que não pode ser esta relação dos primeiros meses, depois do terceiro, quarto mês, eu penso que vai ser mais tranqüila para mim... agora eu tenho muito medo, pois ele já fica mais durinho para dar banho... eu até pensei hoje quando o pai estava dando banho 'o pai que aproveite para dar bastante banho que eu só vou dar depois dos três meses'" (F5.E.M).

O pai falou que

"ela pensa que o bebê é de vidro e eu já não penso igual a ela... tu pode mexer com ele, tu pode virar ele... a primeira vez que eu peguei ele, acho que era no segundo dia... deu um medo, ele era molinho... e como saber pegar é importante, no início eu ficava parecendo que estava carregando 100 quilos de peso, tu fica tenso” (F5.E.P).

"Observei uma boa interação da mãe com o bebê, ela o beija e olha bastante para ele” (F5.O2).

Os cuidados com a mãe foram realizados pelo pai e pela avó paterna, mas eles relataram que ela não exigiu muito, pois a recuperação foi excelente. Na primeira visita, a mãe disse que *“estava com a pressão um pouco alta ainda, e os pés edemaciados, mas já havia conversado com a médica, se não baixar a pressão até amanhã, começará a tomar Aldomet por um tempo. O pai verifica sua pressão diariamente” (F5.O1).*

Na segunda visita, a mãe disse que *“sua pressão está baixando, mas está usando Aldomet e Clorana. Está com menos edema e perdendo peso. Disse que a obstetra falou que o remédio não fará mal para o bebê” (F5.O2).*

Na terceira visita, a mãe falou que estava bem, que a pressão já estava normal e estava tomando a medicação em dias alternados, estava emagrecendo bem. Disse que *“em casa, estavam todos gripados e que a sogra evitava pegar o bebê e ela estava usando uma fralda em forma de máscara para amamentar” (F5.O3).*

Falou também que a psiquiatra disse que o Equilid a ajudaria, já que ela não pode usar outro tipo de medicação. A mãe disse

"estar bem, mas de vez em quando tem vontade de chorar. Outro dia o pai chegou em casa e perguntou o que ela tinha, parecia estar brava. Ela disse que não sabia o que era. Ele disse que eles tem um filho lindo, saudável, uma relação boa... Ela disse que ele sai, conversa com as pessoas e ela fica 24 horas com o bebê... 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).

Nesta visita, conversamos sobre anticoncepção e ela disse-me que pretende usar o DIU, pois não quer mais filho, que é difícil, quer poder dar tudo que ele precisar. Falou que *"gostaria de mudar-se, que é difícil ficar na casa dos outros, está porque precisa, mas acha que todos ficam sem intimidade"* (F5.O3).

O pai achou importante frisar, na entrevista, que por ser representante comercial, ele pode dispor de mais tempo para a família, mas que os pais não devem se culpar por ter que trabalhar, porque alguém tem que ganhar dinheiro na casa, mas daí, à noite, *"procurar ficar um bom tempo com os dois, com o bebê e a esposa, porque a mulher fica bastante sensível, principalmente ali dias antes e dias depois de ganhar, ela está à flor da pele"* (F5.E.P).

O casal preocupou-se em fazer vários exames no pré-natal e acharam que isso alivia bastante. Fizeram pesquisa de alterações genéticas, ecografias, principalmente devido a ela estar usando medicamentos antidepressivos no início da gestação. Usaram o Sistema Único de Saúde para fazer alguns exames, e o pai disse que *"não fomos tão maltratados, mas só uma coisa, eles são práticos e 'Oi, bom dia, boa tarde, o que você precisa', eles não vem com toda aquela psicologia, mas o que é importante, eles te dão o exame"* (F5.E.P).

A família fez também as vacinas e o teste do pezinho pelo Sistema Único de Saúde, pois o pediatra disse para eles que era bom e eles disseram que estavam com dificuldades financeiras. O pai disse que *"dá pena,... mas precisa, já pensou se acontece alguma coisinha ele é tão indefeso, e aí dá um nó se acontecer alguma coisa e tu não faz"* (F5.E.P). O pai também falou que

"eles tiveram toda a atenção de médicos e outros profissionais, mas acha que se fossem atendidos através do SUS não teriam a mesma atenção. Sentiram a diferença"

quando foram fazer o teste do pezinho na Unidade Básica de Saúde. Acharam que o atendimento não tem a mesma qualidade..." (F5.O4).

O pai falou, ainda, sobre a vinda do bebê, que

"...ele veio para ficar e unir as pessoas, principalmente a família e para ser amado. Então é uma responsabilidade com certeza, eu acho que todo o casal tem que estar ciente disto, planejando ou não planejando o nenê, a partir do momento que decidiu ter, pensa que daí para frente tu vai ter que ter responsabilidade, desde barriga até o resto da tua vida...acho até como seria complicado tu ter mais de um filho, porque é claro que tu vai tentar dar o mesmo amor, o mesmo carinho, mas..." (F5.E.P).

Conversamos sobre a relação pais e filhos, da importância do diálogo e participação na construção do relacionamento para prevenir problemas na adolescência, pois o pai disse que *"não sabe como será quando o filho for adolescente e começar a sair à noite. Disse que agora sabe porque os pais não dormem à noite quando os filhos saem"* (F5.O4).

A mãe disse que

" vale a pena ter um filho, muda a rotina, muda o cotidiano, mas ele é uma celebração, é uma vitória... A gente já sabe que a personalidade das crianças e adultos... eu acho que isto já vem desde berço, não recebem segurança, não recebem carinho, as crianças são espancadas ou com palavras, ou não são cuidadas, eles sentem esta necessidade e depois se tornam não só indivíduos marginais, mas inseguros...são diferentes das crianças que são tratadas com carinho e eu acho isto... nós estamos babando por ele" (F5.E.M).

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, apresento as Categorias preestabelecidas pelas questões norteadoras, com os respectivos temas que emergiram da análise dos dados.

Quadro 1 - Categorias e temas da análise dos dados

Categoria	Temas
<i>Mudanças na família</i>	Mudança de papéis Adaptação ao bebê Participação da rede de apoio
<i>Organização no cotidiano da família</i>	No âmbito doméstico No âmbito público
<i>Cuidado entre os membros da família</i>	Cuidados com o bebê Cuidados com a puérpera Mitos e credences populares
<i>Sentimentos e percepções da família</i>	Em relação ao momento vivido Em relação ao bebê Em relação ao atendimento do Sistema de saúde
<i>Relações da família</i>	Interação com o bebê Relacionamento do casal Relacionamento da família nuclear com a família extensa
<i>Necessidades da família</i>	Educação em saúde Aspectos financeiros

5.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

5.1.1 Mudanças na família

Esta categoria refere-se às mudanças que ocorreram na família após o nascimento do primeiro filho e inclui três temas, que são a mudança de papéis, a adaptação ao bebê e a participação da rede de apoio.

5.1.1.1 Mudança de papéis

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

Papalia e Olds (2000) dizem que a maior parte dos pais não se envolve tanto quanto as mães na vida das crianças, embora acreditem que deveriam se envolver. Eles

passam mais tempo brincando com os bebês do que os alimentando ou fazendo sua higiene. Monticelli (1997) afirma que mesmo quando os pais estão presentes durante a licença paternidade, eles permanecem distante na maior parte do tempo, não participando no cuidado ao bebê e não sendo incluídos, pelas mulheres, neste cuidado.

Confirmando estes autores, 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. Esta participação foi valorizada pelas mães, como mostra esta fala, cuja mãe diz que *"o pai ajuda nos afazeres domésticos, e deve ser muito difícil para quem não tem ninguém para ajudar"* (F1.O2).

No entanto, a maioria das mães achou pouca a participação do pai, embora achem normal ele não cuidar muito do bebê, demonstrado pela declaração da mãe. *"É que se pra mãe, eu penso assim, que nem pra mim no início, já foi meio difícil, imagina que nem pra ele, né"* (F1.E.M).

Lamb (apud Papalia e Olds, 2000), em seus estudos, concluiu que os homens podem ser igualmente sensíveis e responsivos, apesar da crença comum de que as mulheres têm predisposição biológica para o cuidado de bebês.

A pouca participação do pai provocou conflitos em alguns momentos, exemplificado pelos seguintes relatos:

"Eu já falei pra ele, que tem que começar cuidar mais" (F2.E.M.).

"Quando ela chorava de cólica, no fim ele se arrancava para a cozinha, deixava nós se virar" (F2.E.A).

"Esta noite ia fazer ele ajudar, pois só ela não valia" (F2.O2).

Segundo Papalia e Olds (2000), 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 agora trabalha pela remuneração.

A justificativa por não haver maior participação do pai foi devido ao trabalho, como mostram estes relatos:

"é, de noite o pai ajuda, ele está pesado... pego no colo dorme que nem um anjo, bota no bercinho, resmunga, então tu cansa... às vezes eu procuro nem acordar o pai, porque no outro dia ele trabalha, eu não" (F3.E.M).

“saio de manhã e volto só às 6, às vezes às oito, às vezes às 10. Hoje era para ficar até às 10, não fiquei” (F4.E.P).
“não é fácil, além de ir para fora trabalhar e voltar...e depois tu tens as tuas prioridades, fora o bebê, é claro, que é voltar a trabalhar, voltar ao teu estudo, voltar a tua vida de novo” (F5.E.P).

Frone, Russell e Barnes, citados por Papalia e Olds (2000, p. 424), dizem que "homens e mulheres que trabalham parecem igualmente afetados pelo estresse fisiológico e psicológico, seja devido ao trabalho que interfere na vida familiar ou o contrário".

De acordo com Ávila (1998), são poucas as mulheres que conseguem pedir ou aceitar a ajuda do pai nos cuidados ao filho no pós-parto. A autora também afirma que o ambiente não acolhedor e a falta de assistência aos sentimentos do homem colaboram para que este fique indiferente à mulher e ao filho.

Mesmo assim eles demonstraram interesse em participar do cuidado ao bebê. *“Eu olho ela trocar, eu fico de olho, porque o dia que precisar trocar eu já sei” (F4.E.P).*

De acordo com Pincus e Dare (1981), o pai passa a assumir novos papéis, mais participativos em relação ao bebê.

Um dos pais teve participação intensa em todos os cuidados. Nesta família, não houve a presença da avó materna por motivo de doença, somente alguma participação da avó paterna. A mãe desta família disse que

“ele é diferente de vários pais que eu convivi e tal, ...ele trabalha, tem as coisas dele, mas ele participa, ele muda, ele dá banho, coisa que até hoje eu não fiz, ele já deu dois banhos... lá no hospital ele ajudou em tudo enquanto eu tinha os pontos... existem pais que ficam por trás da mãe, ficam esperando acontecer, e ele não, ele fez tudo e faz” (F5.E.M).

Este pai quis orientar os outros pais em relação à participação paterna, falando que é preciso *“procurar ficar um bom tempo com os dois, com o bebê e a esposa, porque a mulher fica bastante sensível, principalmente ali dias antes e dias depois de ganhar, ela está à flor da pele” (F5.E.P).*

Em consonância com Papalia e Olds (2000), o laço mãe-bebê não é o único laço significativo formado pelos bebês. Os pais são especialmente importantes, pois confortam e brincam dando-lhes senso de segurança.

Maldonado (1997) diz que o pai pode assumir duas posições: ou participar de forma ativa ou sentir-se marginalizado e rejeitado na relação diádica materno-filial.

Seibel (1992) refere que uma situação familiar confusa em termos de papéis pode tornar a criança alvo das frustrações dos adultos, sendo até origem de maus tratos.

5.1.1.2 Adaptação ao bebê

Ávila (1998) diz que pode não ser tão fácil como o esperado, passar do 'filho sonhado' para a realidade do 'filho nascido'.

Confirmando esta afirmação, quatro das cinco famílias do estudo relataram que a adaptação ao bebê foi difícil.

"No início, foi meio estranho, é claro que a gente espera ele mas, até a gente se adaptar com ele assim,.. não foi muito bem como nós imaginava, foi mais difícil, eu acho ... só vendo assim pra gente ver como é que é... agora, já tá cem por cento" (F1.E.M).

Apenas uma considerou a adaptação fácil e justificou esta facilidade devido ao instinto materno e paterno,

"... a gente fica nervoso antes dele nascer. Ficamos pensando, meu Deus, será que a gente vai conseguir se adaptar? É bem fácil, bem como dizem: o instinto de pai e de mãe funciona mesmo... eu pude perceber, agora, esta semana que fui para casa, sem a mãe para estar junto, para trocar, dar banho. Fácil, fácil, não é difícil" (F3.E.M).

No entanto, apesar desta afirmação, esta foi a família que dependeu por maior tempo do apoio da família extensa, morando na casa dos avós maternos por cerca de 35 dias.

As dificuldades de adaptação tiveram por motivo principalmente as exigências de cuidados com o bebê, como horários, aleitamento e higiene, demonstrado pela fala da mãe da família Maravilhoso:

“já sei trocar, consigo dar banho, ela já está grandinha, já peguei prática. Antes, no começo, meu Deus, morria de medo de trocar, tudo era sufoco. Às vezes tinha que chamar a tia para trocar, porque ela era molinha. Depois, um dia, eu precisei que viessem trocar e não vinham. Sabe, Deus vai me ajudar, eu mesmo vou trocar a minha filha. Eu não pedi para ninguém para fazer, é a minha filha, ...vou me virar. Eu me virei sozinha” (F4.E.M).

A adaptação ao bebê não foi relacionada somente à família nuclear, também a família extensa passou por este processo, de acordo com a percepção da mãe da família Felicidade-Responsabilidade que falou que

"a adaptação não é só entre os três, é com todo o resto da família, existem outros parentes e outras crianças envolvidas, e a gente nota que assim, que nem a minha sobrinha tem ciúmes, ela tem dois anos, é um toco de gente e tem ciúmes. Ela não deixa mais a mãe dela pegar o bebê, não deixa o pai dela pegar..." (F5.E.M).

Este relato confirma Maldonado (1989), quando diz que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, sendo preciso pensar não apenas em "mulher grávida", mas em "família grávida".

As famílias consideraram o período inicial mais difícil, a adaptação foi gradual, como mostram as falas:

“... os primeiro dois, três dias que foi difícil, depois eu peguei a rotina com a criança pequena. Por enquanto tá bom, agora estou melhorando” (F2.E.M).

“... era um poço de desânimo quando ela chorava de cólica... mas está passando. Depois de 40 dias, aí, fica tudo bem melhor” (F2.E.A.).

Segundo Ávila (1998), é natural que a princípio haja dificuldades para os pais compreenderem as necessidades do filho, mas, com a convivência, vão-se sintonizando com ele. A mesma autora ainda diz que os pais estão tensos e necessitam de tempo para se ligar ao filho e construir um lugar para ele, sem terem de perder o seu espaço.

5.1.1.3 Participação da rede de apoio

Biasoli-Alves e Simionato-Tozzo (1998) dizem que as transformações, que estão alterando os papéis dentro da família, implicam em uma rede de apoio que auxilie as famílias a vivenciarem a maternidade e paternidade da melhor forma possível.

Poli e Zagonel (1999) afirmam que a família desempenha alguns papéis para ajudar a mulher e seu filho, e que essa relação, muitas vezes, torna-se até obrigatória em algumas famílias.

Observei, neste trabalho, que todas as famílias encontraram a maior parte do apoio necessário na família extensa, com forte presença da avó materna, conforme mostram os exemplos:

"O cuidado com a mãe e o bebê foi realizado principalmente pela avó, apesar desta apresentar forte lombalgia por problemas na coluna. A mãe disse que se não tivesse a avó, não sabe o que faria'" (F2.O3).

"O cuidado com a mãe e o bebê foi feito pela avó, e após a família retornar para casa a mãe disse que cuidou do bebê sozinha" (F3.O4).

Onde a avó não representou o principal papel de apoio foi por motivo de doença. Neste caso, outras pessoas assumiram este papel, como as cunhadas e tias, de acordo com as observações de que

"A família recebeu a ajuda de uma cunhada, que veio do interior e ficou na primeira semana com eles. Na segunda semana a avó materna também passou alguns dias com eles, mas a mãe disse que 'ela é doente, então deixou-a mais para segurar o bebê'. Na terceira visita ainda estavam vindo as tias para dar banho no bebê, porque ela disse que 'um dia ela foi dar, mas demorou muito e o bebê ficou todo roxinho'" (F4.O3).

Conforme Boechs (1992, p. 167), "o aprendizado materno é entendido como algo intimamente ligado à transmissão de experiências já vividas e provadas por mulheres da família. A mãe da gestante ou puérpera aparece como autoridade enfática".

Monticelli (1997) também 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, como observado na família Mudança, onde *"O cuidado com o bebê continua, tradicionalmente, sendo feito por mulheres, neste caso a mãe e a avó, mas a família considera normal o pai ter maior dificuldade em cuidar do bebê"* (F1.O1).

Somente em uma família, o pai assumiu o papel de principal apoio, onde *"o cuidado ao bebê foi feito quase que exclusivamente pelo casal, a avó paterna apenas deu alguns banhos"* (F5.O4).

Estes dados não confirmam a afirmação de alguns autores (Maldonado, 1989; Biasoli-Alves, 1999) quando falam que o individualismo da família nuclear afasta as famílias de origem deixando os jovens pais à mercê dos profissionais.

De acordo com Haley (1991), o nascimento de uma criança representa a reunião de duas famílias, criando avós, tias e tios, havendo influências na criação e educação da criança.

Na maioria das famílias, a rede de apoio instalou-se no domicílio do casal, apenas uma família mudou-se para a residência dos avós maternos, dizendo que *"foram para a casa dos avós porque precisavam de ajuda, pois eles não tinham experiência nenhuma"* (F3.O1).

Conforme Maldonado (1989), com a diminuição do número de filhos das famílias, o convívio com bebês é quase inexistente, sendo a paternidade e a maternidade, às vezes, o primeiro contato com um bebê.

A permanência constante da rede de apoio variou entre 15 a 35 dias, como observei na família Mudança, onde

"este apoio acompanhou a família até por volta do 20º dia pós-parto, quando a mãe sentiu-se em condições de cuidar do bebê e dos afazeres domésticos. O pai também retornou ao seu ritmo normal de trabalho. A mãe disse que 'o pai havia viajado toda semana e ela estava se virando bem com o bebê e a casa'" (F1.O4).

Este dado confirma a afirmação de Ávila (1998), quando diz 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.

A família que necessitou de apoio por mais tempo foi a que se mudou para a casa dos avós maternos, apesar de ser a que teve maior acesso à rede de saúde privada, comprovado pela observação de que *"na terceira visita, a mãe disse que planejava voltar para casa na outra semana, pois o pai já estava perguntando quando voltariam. No entanto, acabaram ficando por mais 15 dias"* (F3.O3).

Os dados deste tema são coincidentes com os achados dos estudos de Boechs (1992) e Bonadio e Tsunechiro (1999).

Rocha (1999) cita o apoio da família, marido e amigos como fatores importantes na prevenção da depressão pós-parto.

Ávila (1998) também afirma que se a mãe da puérpera, ou outra pessoa, desempenha um papel adequado, protegendo-a e apoiando-a, as suas angústias diminuem.

Confirmando estes autores, a presença da avó materna ou paterna foi sentida como um fator de segurança e tranquilidade para a maioria das famílias, como demonstram os exemplos:

"Eu queria a mãe perto de mim o tempo inteiro... Eu tinha medo de dar mamá e ele se afogar, dele dormir e se afogar e eu não ouvir ... No início eu queria a mãe perto de mim, qualquer coisinha eu chamava ela, não conseguia fazer as coisas sozinha" (F3.E.M).

"O pai disse que a presença da avó paterna foi boa, trouxe segurança. Ele falou que '... a gente procurou fazer tudo sozinho, não precisar de auxílio, mas precisando, a gente sabe que está lá'" (F5.E.P). *Ele também disse "estar mais tranquilo por estarem morando com a avó, assim ela não ficará sozinha, pois ele viaja bastante"* (F5.O1).

Também o apoio recebido por outros familiares e amigos foi referido por quatro das cinco famílias do estudo, como importante. A mãe reforça dizendo que nunca vai esquecer a chegada em casa,

"a avó paterna esperando... estava um dia meio chuvoso, tinha um vento, e ela estava esperando ali fora com tudo arrumado, o quartinho todo prontinho, esperando ele com o maior carinho, todo mundo na maior felicidade, o primo, o avô paterno..." (F5.E.M).

Este dado confirma o estudo de Bonadio e Tsunechiro (1999), onde concluíram sobre a importância dos membros da família na rede de apoio às gestantes.

Ziegel e Cranley (1985, p. 439) dizem que "a literatura sobre maus-tratos à criança sugere claramente que as mães que não recebem apoio afetivo de outras pessoas estão mais sujeitas à inadaptação à maternidade".

Seibel (1992) também afirma que um contexto social deficiente pode oportunizar situações de maus tratos.

Apesar de acharem bom e 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. Esta afirmação está ilustrada pelas seguintes observações: "*Acham que vão receber muitas visitas hoje à tarde, pois não vieram durante a semana, o que acharam muito bom*" (F1.O2). "*Receberam visitas a toda hora e achou muito cansativo, o telefone não parava de tocar e ela não conseguia descansar*" (F3.O3).

"Em todas as observações, sempre tinha uma ou mais pessoas visitando a família, e a mãe relatou que 'está zonza de não dormir, que qualquer resmungo do bebê ela está acordada, que antes tinha um sono pesado e agora acorda por qualquer coisa. Disse que não descansa durante o dia porque sempre tem visita'" (F4.O2).

Conforme Ávila (1998), a casa deixa de ser um lugar privado após a alta hospitalar, sendo freqüentada por um "pelotão" de pessoas.

Além do aspecto descanso, as famílias sentiram dificuldades com os palpites das visitas, que as deixava confusas e até assustadas, como mostram os relatos: "*Disse que as pessoas deixam ela tonta com todas as coisas que dizem*" (F4.O3)

"Fui apavorada aquele dia, começou me dar as dorzinha, estava tão assustada! De tanto que falaram. Já ganhei a menina e nem sei que dor era, que falavam que era tanta dor, que subia pelas paredes. Estava apavorada antes de ganhar o nenê, já queria ter ganhado o nenê. Eu morria de medo, de tanto que assustavam, tudo parente" (F4.E.M).

"Sempre tem vindo visitas e tem bastante palpite, principalmente dos mais velhos. Tem que escutar e ficar quieta, principalmente com o sogro, que diz que criou vários. Ela diz que as coisas mudaram" (F5.O2).

Maldonado (1997) afirma que o ambiente que cerca a relação mãe-filho contribui para melhorar ou piorar a qualidade da reatividade, pois um ambiente turbulento e crítico aumenta a ansiedade materna e a inquietação do bebê.

Observei um episódio em que houve divergência entre a avó materna e uma prima que estava dando apoio para a família.

“A prima falou que deveriam dar um chá doce de mamadeira, para enganar o bebê até o leite descer... perguntou se eles haviam comprado mamadeira e chamou atenção por não terem comprado. A avó insistiu no uso da colher e ela achou absurdo dar de colher à noite, disse que não era para dar muita bola para as ‘psicologias’, pois o peito dela iria ‘rebentar’” (F2.O1).

Ávila (1998) diz que os palpiteiros e curiosos só são capazes de desorientar e atormentar o casal neste momento frágil e tenso.

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 se a família é muito insegura e despreparada para enfrentar a fase pela qual está passando, que é o nascimento do primeiro filho.

5.1.2 Organização do cotidiano da família

Nesta categoria está descrito de que forma a família reorganizou seu cotidiano após o nascimento do primeiro filho, no âmbito doméstico e no âmbito público.

5.1.2.1 No âmbito doméstico

Conforme Ávila (1998), cada casal vivencia e reage em consonância à sua história de vida, a passagem da condição de filhos para pais.

Todas as famílias relataram mudanças em suas vidas, algumas relacionadas ao cotidiano, como percebe-se nesta observação de que

“o fato deles morarem sozinhos e o pai viajar por longos períodos, fazia com que a mãe tivesse bastante liberdade de horários, o que mudou bastante com a presença do bebê. A mãe não tinha horário para almoçar e a avó disse que agora ela terá que organizar-se diferente” (F1.O1).

Outras, ao sentimento de aumento de responsabilidade, conforme este relato da família Céu Azul:

“A gente se cobra muito mais... a gente pensa duas vezes antes de qualquer coisa, de ir em algum lugar, vê se dá para ir ou não. Pensamos nele, antes tinha nós dois, ir ou não ir não tinha problema nenhum. Agora, tem ele, tudo em função dele, não sei se é normal por ser o primeiro filho, porque está no início. A gente fica bitolada a ele” (F3.E.M).

Soifer (1984) diz que, após a família voltar para casa, diminuem as comemorações e tomam relevo as responsabilidades.

Em uma família, esta mudança provocou uma crise, que, conforme Bergami e Berthoud (1997), é uma desorganização temporária do funcionamento de um sistema, ficando a família bastante vulnerável.

“Observei que nesta família o nascimento do bebê causou uma desorganização considerável na sua rotina, afetando-os emocionalmente, principalmente a mãe, que demonstrou nervosismo em quase todas as visitas” (F2.O1).

Pincus e Dare (1981) dizem que, 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 carreira. A dificuldade com esta mudança aparece também neste depoimento onde a mãe disse que *“eu não estou mais vivendo, claro, eu estou vivendo em função dele, mas eu, ajudar financeiramente, construir a nossa casa... e eu estou aqui, dentro de casa o dia inteiro” (F5.E.M).*

Estes achados reafirmam as idéias de Bergami e Berthoud (1997), de que 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 preparou.

Conciliar as atividades domésticas com o cuidado ao bebê foi uma dificuldade relatada pela família Aprendizado, onde *“a mãe disse estar tão atrapalhada que não consegue mais organizar-se nas tarefas domésticas” (F2.O3).*

Conforme Donoso (1997), as mães podem ter dificuldade em reorganizar suas vidas após o nascimento dos bebês.

Observei que todas as mães sentiram necessidade de auxílio nas tarefas domésticas, sendo que para a mãe da família Mudança, esta representou a maior necessidade surgida após o nascimento do bebê “... *acho que é o serviço, daí vinha a mãe dele, às vezes, quando tinha muita roupa para lavar, me ajudava no serviço... lavar as calçadas...*” (F1.E.M).

As tarefas domésticas foram também motivo de preocupação para algumas mães, que tentavam “dar conta” de tudo, ficando, muitas vezes, esgotadas, como a mãe da família Maravilhoso que falou que “*andava cansada, já lavou vidros, guarda-roupa, armários, geladeira...*” (F4.O3).

Conforme Branden (2000), algumas mulheres acham que poderão reassumir todas suas atividades imediatamente. Essas expectativas podem dificultar a adaptação materna. Diz o autor, ainda, que quando a mãe precisa ser auto-suficiente é necessário que ela estabeleça prioridades.

Duas famílias demonstraram preocupação em que a adaptação ao bebê não interferisse muito no relacionamento do casal e nos hábitos de vida anteriores, embora achem difícil que isto aconteça, conforme demonstram as falas:

“nós três estamos nos adaptando, porque teu relacionamento muda, tua vida muda, por mais que tu não queira, a gente está procurando manter nossa vida como era antes, na medida do possível, mas não dá, a gente tem que abrir mão de muitas coisas, horários, a gente tem que ter horários, então é uma adaptação total... a tua relação de marido e mulher muda, é até uma coisa que tu abre mão e nem nota... mas eu acho que não há uma cobrança... a gente tem que estar fazendo amor a toda hora, ou normal como era antes... ele é tão legal, e depois tu se envolve tanto que isso te completa o outro lado” (F5.E.P).

“... naquele livro fala muito isso. O pai se sente excluído, porque a atenção é toda para o nenê. Procuro dar atenção para os dois, não esquecer o marido, os amigos, a família mais próxima. Pode se excluir em função de uma criança, tem que saber acompanhar tudo direitinho, levar a vida que a gente levava antes. Agora com o nenê, tem que saber encaixar com a nossa vida, claro, com algumas modificações, mas não de isolar-se” (F3.E.M).

De acordo com Bergami e Berthoud (1997), com o nascimento do primeiro filho, poderão estabelecer-se triangulações, caracterizadas pela oposição de dois

membros da família em relação ao terceiro, por exemplo, a mãe muito unida ao filho, deixando o pai em segundo plano.

Monticelli (1997) afirma que as mudanças são irreversíveis, que a família jamais será a mesma, pois os papéis sociais precisam ser reorganizados com a incorporação de “outra pessoa” ao grupo.

O pai da família Mudança relatou que, após o nascimento do bebê, surgiu a necessidade de estar mais presente em casa. *“Que nem no meu caso, teria que tá mais presente, antes que era só tu, tu ficava em casa, era mais fácil...”* (F1.E.P) .

Neste momento, as famílias também começaram a refletir sobre o número de filhos que terão. Algumas não querem mais filhos, pois acham que a condição econômica não permite, como a família Felicidade-Responsabilidade que relatou que *“pretende usar o DIU e que não quer mais filho, que é difícil, quer poder dar tudo que ele precisar”* (F5.O3).

Este dado confirma Bilac (1995), quando diz que a reprodução, nas camadas médias, parece depender basicamente do poder de consumo de bens e serviços. Silva (1997) também afirma que a possibilidade de engravidar novamente é avaliada com base no julgamento das condições de cuidar da criança, conforme a condição econômica e social.

Outras famílias pensam em ter mais um filho, apesar das dificuldades financeiras, como a família Maravilhoso que *“pretende ter mais um filho, um menino, a mãe disse que 'seu sonho é ter um casal’”* (F4.O1).

A experiência do parto e o trabalho para cuidar do bebê, também foram avaliados na decisão de ter ou não outros filhos, conforme a afirmação *“... disse que não sabia se iam ter mais filhos, que o parto era muito dolorido... para o próximo filho vai preparar-se melhor, porque deve ser ruim ter um filho só, sem irmãos, o filho fica muito mimado”* (F2.O2).

5.1.2.2 No âmbito público

Este tema fala da organização da família no que diz respeito ao trabalho fora do ambiente doméstico. Encontrei algumas modificações logo após o nascimento do bebê, em relação ao trabalho dos pais, mas as alterações mais significativas disseram respeito ao trabalho das mães.

Com exceção de um pai, os outros quatro não trabalharam durante a primeira semana de vida do bebê. Dois eram autônomos e decidiram não trabalhar e dois eram empregados e tiraram a licença paternidade. O pai que não interrompeu o trabalho era proprietário de uma padaria. Após este período, todos retornaram normalmente às suas atividades laborais.

Apenas dois pais relataram preocupação em relação a deixar a mãe sozinha quando fossem viajar a trabalho, conforme este relato "... *ela fica sozinha, às vezes é difícil, que nem agora até os quarenta dias, assim que é mais difícil*" (F1.E.P).

O mesmo, porém, não ocorreu com as mães. Principais cuidadoras dos bebês, exerceram o seu direito à licença-maternidade, mas manifestaram preocupação em relação ao retorno ao trabalho, como mostra os seguintes relatos: "...*não vou deixar o bebê com ninguém, porque não cuidam que nem a gente... Agora se eu voltar a trabalhar..., se a patroa não quer mais, melhor para mim, se ela me quiser vou dar os trinta dias*" (F4.E.M).

"... pretende voltar a trabalhar daqui a quatro meses e perguntou como faria com o aleitamento, pois o local é distante... disse que vão ter que contratar alguém para ajudar em casa quando ela for trabalhar" (F5.O2).

Silva (1997) afirma que 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 filho.

Estes relatos comprovam Gomes, citado por Santos (1996b), quando fala na contradição experimentada pelas mães, entre a luta pela manutenção das condições materiais e pela manutenção dos laços afetivos.

5.1.3 Cuidado entre os membros da família

Como foi realizado o cuidado entre os membros da família após o nascimento do primeiro filho é o que trata esta categoria, com os seguintes temas: cuidados com o bebê, cuidados com a puérpera e mitos e credences populares.

5.1.3.1 Cuidados com o bebê

Ávila (1998) afirma que o nascimento do primeiro filho é uma situação de ambigüidade, onde as alegrias são contrabalançadas pela insegurança no cuidado ao filho e as exigências deste cuidado.

Observei que todas as famílias utilizaram medicamentos para cólicas, mesmo sem ter certeza de que este era o motivo do choro do bebê. Na família Aprendizado, que era a mais ansiosa, na tentativa de acalmar o bebê, o uso foi inadequado, pelo excesso, como mostra a observação de que *"a família utilizou medicamentos antiespasmódicos e analgésicos com frequência, quando o bebê por algum motivo choramingava"* (F2.O2).

Esta outra observação também exemplifica o exposto acima: *"O bebê continuou choramingando e eles resolveram dar gotas para cólica. Peguei-o no colo, cobri a luz dos olhos dele e ele adormeceu em seguida. Falei que ele estava com sono, que nem sempre o motivo do choro é cólicas"* (F1.O3).

Conforme Riesco e Tsunechiro (1990), 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 filho. Necessita, também, de apoio da família, amigos e assistência de enfermagem.

Apesar de todas as famílias terem sido orientadas sobre os inconvenientes do bico seco² em relação à amamentação, quatro das cinco famílias do estudo ofereceram o bico seco para o bebê, conforme estes relatos: *"A mãe disse, nesta visita, que pretende dar bico seco para o bebê, apesar da orientação contrária da equipe do hospital"* (F1.O3). *"Apesar da orientação do hospital que é 'Amigo da Criança', a família estava tentando fazer com que o bebê chupasse o bico seco"* (F4.O2).

Esta atitude pareceu-me estar relacionada ao efeito calmante do bico seco, evitando a sucção constante do mamilo pelo bebê, dando "uma folga" para a mãe. Riesco e Tsunechiro (1990) constataram, em seu estudo, que 92,4% das mães ofereceram bico seco para o filho e dizem que este assunto merece ser abordado com as mães, pois 38,5% delas ofereceram a chupeta no dia em que chegaram em casa.

Mesmo assim, todas as famílias estavam amamentando seus bebês até o momento da minha última visita.

Um cuidado em que todas as famílias dependeram da rede de apoio familiar, foi o primeiro banho de imersão do bebê, sendo que quatro banhos foram realizados pela avó e um pela tia, como exemplifica a observação de que *“o primeiro banho de imersão do bebê foi dado pela avó, com a ajuda da mãe”* (F3.O2).

As famílias preocuparam-se em proteger o bebê, através de cuidados de higiene e demonstraram ter conhecimento de formas para evitar alguns contágios, de acordo com os seguintes depoimentos: *“...tô aqui sempre em casa, mas cada vez que vou pegar ele, lavo as mãos”* (F1.E.M). *“... em casa, estavam todos gripados e a sogra evitava pegar o bebê, e ela estava usando uma fralda em forma de máscara para amamentar”* (F5.O3).

A maioria das famílias, inicialmente, colocou o bebê para dormir na cama do casal, pois sentiram-se mais seguras com o bebê mais próximo. As observações abaixo ilustram este dado: *“Ela também colocou o bebê para dormir na cama dela por medo que ele vomite”* (F4.O1).

“À noite, o bebê dormia numa cama de casal com a mãe, enquanto eles estavam na casa dos avós. Devido a isso a mãe não dormia direito, pois 'não se mexia com medo de machucar o bebê, chegando a ficar doída’” (F3.O3).

Uma família relatou que o fato do bebê dormir junto com o casal facilitava o cuidado. *“Na primeira visita, a mãe relatou que o bebê estava dormindo na cama do casal, pois ela sentia muito frio para levantar à noite”* (F2.O2).

Após minha orientação, sobre os inconvenientes desta atitude, constatei que todos os bebês passaram a dormir em berço próprio.

Observei que a supervisão ao bebê é constante e, em algumas famílias, chega a ser até obsessiva como mostram os relatos: *“Quando o pai chegou ela mandou ele olhar o bebê e ficar com ele no quarto, pois podia vomitar. Ela recém havia olhado, mas insistiu para que ele fosse”* (F4.O2). *“... a mãe pediu duas vezes para o pai ir ver como estava o bebê no quarto. Receia não ouvir o choro”* (F1.O2).

Monticelli (1997) diz que as mulheres do seu estudo consideram o período de vida do bebê, que vai até no máximo até quarenta dias, como liminar, colocando a

² Também conhecido como chupeta ou bico

puérpera e o recém-nascido numa situação de margem e necessitando de especiais precauções, porque é uma situação de transição e perigo.

Uma família realizou algumas formas diferentes de cuidar do bebê, do que a maioria, constatando que o resultado foi bom. *“Agora mesmo ele está no travesseiro com o nosso cheiro, que a gente providenciou e virou ele de barriguinha para baixo e isso ajuda na cólica”* (F5.E.P). *“Ele sente o cheiro da gente e fica mais seguro, eu noto isso”* (F5.E.M).

Maldonado (1997) fala dos estudos realizados por MacFarlane, que comprovam que o recém-nascido consegue reconhecer a mãe pelo cheiro, concluindo ser importante promover um intercâmbio entre mãe e bebê por todas as vias sensoriais.

Esta mesma família acredita que o fato deles terem conversado com o bebê antes do nascimento tenha influenciado para o bebê ser calmo. *“Não precisa ser aquela coisa assim, doentia, ficar só pensando na barriga, falando com ela, mas um momentinho que tu tem, lá uma, duas vezes por dia... espontâneo, quando sentir vontade”* (F5.E.P).

Maldonado (1997) cita estudos realizados por Feijoo e Decasper, que comprovam que os fetos reagem a sons conhecidos, diminuindo os batimentos cardíacos.

Papalia e Olds (2000, p. 154) dizem que *“estudar as emoções dos bebês é um desafio. O choro do bebê expressa zanga, medo, solidão ou desconforto? Vai demorar muito até que o bebê possa nos dizer”*.

Uma das dificuldades relatadas por algumas famílias foi entender o motivo do choro do bebê, demonstrada pelos seguintes relatos:

“ficaram perdidos numa tarde em que a avó saiu com a netinha. O bebê chorava e eles não sabiam o que fazer. Quando a avó chegou e o pegou, ele acalmou-se. Ela perguntou porque não deram o seio e a mãe respondeu que achou que como o bebê havia 'arrotado', não deveria dar o seio novamente” (F1.O1).

“Teve uma noite que ele chorou bastante... deu um nervoso, era o segundo dia que estava em casa, só estava nós três. Ele chorava, chorava, berrava... daí ele disse para ligar para o pediatra e explicar o que estava acontecendo... daí era onze e meia da noite eu liguei para o pediatra. Daí ele mandou dar umas gotinhas e se não passasse era para ligar para ele. Passou era duas e meia... nessas horas a gente sente

dificuldade. Não que não tivesse noção, porque a gente sabe que criança quando chora e se chora é porque tem alguma coisa...” (F3.E.M).

Conforme Ziegel e Cranley (1985), o choro pode criar nos pais uma sensação de impotência e até mesmo de pânico. Mesmo um período curto de choro pode parecer interminável. Maldonado (1997) afirma que as mães, em geral, sentem-se culpadas e incompetentes com bebês que não conseguem ser facilmente acalmados, dificultando o relacionamento entre a mãe e o bebê. Esta sensação aparece nestas falas: *"No início quando ele chorava, porque, se era fome, se era isso, ficava toda apavorada (F1.E.M) É claro... ele chorava o nenê (F1.E.P) Era um pavor” (F1.E.M).*

Outra dificuldade que todas as famílias referiram foi na manipulação e higiene do bebê, como mostram estas observações: *"ainda não trocou o bebê, só a avó. Espera que o coto umbilical caia antes da avó ir embora, por causa do primeiro banho” (F1.O1).*

"... ela pensa que o bebê é de vidro e eu já não penso igual a ela... tu pode mexer com ele, tu pode virar ele... a primeira vez que eu peguei ele, acho que era no segundo dia... deu um medo, ele era molinho... e como saber pegar é importante, no início eu ficava parecendo que estava carregando 100 quilos de peso, tu fica tenso” (F5.E.P).

Percebi que a maioria das mães tinham medo de manipular o coto umbilical, de acordo com as seguintes observações: *"Havia ficado sem trocar o bebê da noite anterior até as 10 horas do outro dia, até que veio a cunhada, pois tinha medo de trocar por causa do coto umbilical” (F4.O1). "A mãe referiu ter medo de manusear o coto umbilical e demonstrou ser algo que a assustava” (F3.O2).*

Segundo Riesco e Tsunehiro (1990), o cuidado umbilical é foco de ansiedade para a maioria das mães, sendo que sugerem aos profissionais o estudo do significado cultural do cordão e da cicatriz umbilical. Monticelli (1997) também encontrou, em seus estudos, que o umbigo nunca é encarado com naturalidade, é sempre envolto por perigo e medos e, quando a queda não acontece logo, uma certa aflição toma conta das mulheres.

O aleitamento também foi um fator de dificuldade para quase todas as famílias, devido às complicações e a disponibilidade de tempo exigida das mães, como mostram os relatos abaixo:

"As dificuldades observadas com o aleitamento foram devido à grande sensibilidade que a mãe tinha no mamilo, referindo muita dor, embora não tenha tido fissuras. Tentou todas as alternativas que lhe foram ensinadas, tanto pelos profissionais de saúde, como pela rede de apoio social. Na primeira visita, estava usando pomada e casca de mamão. Na segunda visita, o obstetra havia receitado outra pomada, na terceira visita, estava usando um bico de silicone e, na última visita, havia desistido de tudo, achando que o bebê estava tendo cólicas por engolir ar devido ao bico de silicone. Disse que '... ainda dói o mamilo, mas é suportável, e que está acostumando-se'" (F2.O4).

"... tu vê que as horas vão passando, a criança está chorando... e tu vê que não vem nada e ele fica brabo e tu começa a ficar ansioso e tu começa a entrar na onda 'meu filho vai morrer de fome' ... por sorte tinha uma enfermeira que disse 'acalma, é assim'... isso é uma coisa que o casal se apavora, o aleitamento... é muito mais prático você tacar um Nan, então eu acho essencial os pais terem esta paciência e fazer o nenê sugar" (F5.E.P).

"... o seio estava muito cheio e dolorido, dizendo que iria dar de mamar para outro bebê. Não havia sido orientada sobre a retirada manual do leite" (F4.O2).

Silva (1997) diz que alguns desconfortos são esperados como ocorrência natural da amamentação, mas como provocam sofrimento, podem ter influência na continuidade desta, principalmente o ingurgitamento mamário e fissuras mamilares. A autora refere, também, que a amamentação pode fazer com que a mulher sinta-se limitada na sua liberdade de fazer outras tarefas e também sinta necessidade de descanso, pois tem que interromper o sono para alimentar seu filho, sentindo-se, portanto, prejudicada.

Zagury, citada por Donoso (1997), afirma que o nascimento do primeiro bebê é extremamente cansativo, restritivo e amedrontador, embora enternecedor, maravilhoso e divino. Diz ainda que, nos primeiros meses do bebê, os pais vivem *"caindo pelas tabelas"*, aguardando os momentos em que o bebê adormece para lhes dar um momento pessoal.

O cansaço das mães por estarem disponíveis todo o tempo para o bebê aparece nos seguintes depoimentos: *“o que a incomoda são as noites mal-dormidas, apesar de estar conseguindo dormir um pouco durante o dia...”* (F2.O3). *“É bem puxado, agora no início, não vou dizer, porque é, é puxado, dá para cansar também, mas tem seu lado compensador e bastante...”* (F3.E.M).

Para Branden (2000), a privação de sono é uma das causas da oscilação de humor da puérpera.

Ávila (1998) infere que o filho pode representar ganhos como a possibilidade de continuidade e amor, mas pode representar a perda da liberdade.

As queixas da mãe da família Aprendizado basearam-se principalmente no fato do bebê solicitar o peito com muita frequência e, no início, ela acreditava que *“todos os problemas iam passar quando o leite descesse, pois achava que o bebê ia mamar e dormir”* (F2.O1).

A livre demanda, conforme orientado por profissionais e outras pessoas, foi percebida por ela como inadequada e de difícil adaptação.

“Não estou me adaptando ainda bem, sabe. Tem coisas que ainda acho que é diferente, mas com o tempo vai passando. Tipo isso, de mamar de hora em hora. Eu acho que não é certo. Mas todo mundo fala que é certo, então para mim também tem que ser certo. O que vou fazer?” (F2.E.M).

Segundo Silva (1997), as mães podem achar que o filho está solicitando o peito com uma frequência maior do que a esperada por elas, interpretando este comportamento como insatisfação e achando que o período de sono não deveria ser menor do que duas horas. Esta afirmação foi confirmada por estes relatos: *“Na terceira visita, ela falou que 'acha que não deve dar o seio com menos de 2 a 3 h, mesmo que o bebê chore’”* (F2.O3). *“A mãe disse que achava que tinha pouco leite, porque ela continuava mamando de hora em hora, mas quando pesaram, ela tinha aumentado bem de peso”* (F2.O4).

De acordo com Branden (2000), o conceito pessoal da mãe pode girar em torno da sua capacidade de alimentar seu filho e lidar com seu choro e quando o recém-nascido fica irritável e a alimentação não vai bem, a mãe sente que fracassou. Diz ainda que o tempo necessário para cuidar do bebê pode parecer-lhe assoberbante.

5.1.3.2 Cuidados com a puérpera

De acordo com Ávila (1998), associados aos conflitos emocionais, encontram-se os desconfortos físicos decorrentes do parto, as dificuldades inerentes à amamentação, as necessidades físicas do bebê, a grande variação hormonal da mulher, que acabam por deixar toda a família esgotada e perplexa.

As maiores necessidades de cuidado sentidas pelas puérperas foram durante os primeiros dez dias, devido aos desconfortos físicos e adaptação às exigências do bebê, como demonstra este relato de que

“algumas dificuldades foram observadas com a mãe, como desconfortos com a episiorrafia, ingurgitamento mamário e medo da evacuação, devido à sutura. Estas dificuldades persistiram até por volta do 10º dia pós-parto” (F1.O1).

Este dado confirma Ávila (1998) quando diz que é imprescindível o acompanhamento da puérpera nos primeiros 15 dias após o parto.

Segundo Branden (2000, p. 412), *"o conforto é essencial à recuperação e adaptação da paciente ao novo papel de mãe no período pós-parto"*.

Porém, em três famílias, a orientação que as mães tiveram foi para procurar o serviço de saúde apenas para vacinar o bebê e a puérpera, 15 dias após o parto. Quando assim procederam, algumas antes dos 15 dias, devido ao meu encaminhamento, não foi realizada revisão pediátrica e nem obstétrica, com exceção de uma, que foi atendida diretamente pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde.

A necessidade do uso de medicamentos pela mãe, foi um fator de preocupação para a família Felicidade-Responsabilidade, que avaliou risco-benefício, conforme esta observação: *"Sua pressão está baixando, mas está usando Aldomet e Clorana. Está com menos edema e perdendo peso. Disse que a obstetra falou que o remédio não fará mal para o bebê" (F5.O2).*

Esta puérpera utilizava psicofármacos antes da gestação e, no momento, estava avaliando, juntamente com a psiquiatra, a necessidade do seu uso em virtude da amamentação. *"Falou que a psiquiatra disse que o Equilid a ajudaria, já que ela não pode usar outro tipo de medicação" (F5.O3).*

Rocha (1999) afirma que, apesar do desejo da mãe de amamentar o seu filho, há também o receio de que os medicamentos possam prejudicar a criança, e que este é

um tema importante, que tem merecido revisões periódicas a respeito do seu efeito sobre o neonato.

A necessidade de realizar o serviço doméstico e o pouco auxílio recebido, impediu que algumas mulheres tivessem o repouso necessário à recuperação pós-parto, como mostra este relato

“falaram para não erguer peso, ficar na cama. Só que não era só para ficar na cama. A mulher que veio fazer o curativo, ela disse que era para caminhar, para não criar gases na barriga. Eu não fiquei na cama, nem no primeiro dia que vim. Eu já fui fazer o serviço da casa. Não tinha ninguém para fazer! E quando a minha cunhada também tinha que me ajudar, eu ficava com vergonha, pagar eu não podia pagar, então eu ajudava, porque ficava com vergonha. Ela deixou as crianças largadas, também tem que trabalhar. Depois que ela foi embora, sabe de uma coisa, de erguer peso ou não? Eu erguia, tinha que fazer o serviço” (F4.E.M).

Branden (2000) afirma que algumas mulheres que recebem pouca ajuda e precisam ser auto-suficientes necessitam ser orientadas a fim de estabelecer prioridades e metas razoáveis, pois suas necessidades de sono e repouso são maiores.

5.1.3.3 Mitos e crendices populares

Em quatro das cinco famílias pesquisadas, os mitos e as crendices populares estiveram presentes, com maior ênfase nas duas famílias com menor renda, como demonstra esta observação:

"Encontrei presente nesta família algumas crendices populares, como os cuidados no 7º dia, o uso da faixa umbilical, o receio de lavar o cabelo e a privação de alguns tipos de alimentos. Perguntei porque achavam o 7º dia perigoso, e eles responderam que não sabem, todo mundo diz que é” (F2.O2).

Para Monticelli (1997), os ritos com alimentação e higiene são mais do que simples cuidado com o corpo da mulher, são ritos que traduzem a cultura do próprio grupo, onde os alimentos são cheios de símbolos afetivos e sociais.

Essa autora diz que 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, que é

considerado "quente", como demonstra esta observação: *"a avó colocou um algodão com faixinha no coto umbilical porque estava molhado"* (F1.O3).

Pelo mesmo motivo, continuam a ser usados "remédios caseiros", como o óleo de cozinha. No caso da família Maravilhoso, também o uso de graxa provada. Esta família recebeu-me, na segunda visita, dizendo

"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 porque que o sétimo dia era perigoso, mas todo mundo diz que é e o pai dela sempre cuidou deles no sétimo dia e ela ia cuidar pois só tinha esta filha" (F4.O2).

De acordo com Monticelli (1997), o sétimo dia após o parto é um marco importante para as mulheres de seu estudo, pois tem um significado especial de risco, que provém de más experiências familiares anteriores. Os cuidados com o bebê e a puérpera são redobrados e embora sejam de caráter profilático, mantêm a identidade coletiva entre os membros da família. Pela minha experiência, este hábito está relacionado ao Tétano neonatal, também conhecido como o "mal dos sete dias".

Segundo Monticelli (1997), a lógica do quente/frio existe em várias culturas, parecendo vincular-se aos princípios Hipocráticos. Acredita-se que a invasão de excessivo calor ou frio ao organismo possa originar enfermidades, e a mulher no período puerperal está num estado "quente", não lhe sendo permitido o contato com o frio. A "lavação" da cabeça está também associada ao conceito do quente/frio.

Encontrei esta lógica na família Maravilhoso, que *"acredita que o frio da geladeira possa fazer-lhe mal, pois não chega muito perto"* (F4.O3). A mãe desta família acredita também que *"se não cuidar-se muito no primeiro não precisará cuidar-se nos outros filhos"* (F4.O3).

Esta crença parece ser a mesma que, no cotidiano da atuação em saúde coletiva, escuto a respeito dos riscos de lavar a cabeça durante a menstruação. *"Se lavar desde o início não tem problema"*.

Uma das mães fez o seguinte relato: *"de tanto olhar e beijar o bebê, acha que está colocando quebrante nele, pois ele puxa a boca e faz caretas"* (F4.O4).

Em consonância com Monticelli (1997), as famílias acreditam que os recém-nascidos, por serem frágeis, são susceptíveis ao sobrenatural, às bruxarias.

Neste caso, a própria mãe acredita que possa estar colocando "quebrante"³ na filha por admirá-la demais.

O uso de chás caseiros permanece presente nas famílias, que relutam em não oferecê-los ao bebê, principalmente as avós, apesar das orientações da rede de saúde, conforme exemplificam as seguintes observações:

"levou no pediatra e ele disse que não era para dar nada para o bebê, só o peito. Ficaram com pena,' coitadinho, será que ele não fica com sede?' A avó então disse que sempre deu para os filhos dela e que a bisavó já havia perguntado pelo telefone se já estavam dando chá" (F3.O2).

"A avó perguntou-me sobre os chás, gostaria de dar de colher para o bebê. Quando falei sobre a inconveniência do açúcar, ela comentou que '... sempre deram e nunca fez mal aos bebês. Comentou que as crianças antigamente tinham menos doenças, eram mais fortes'" (F2.O1).

Em alguns momentos, as crenças populares, divergentes das orientações dos profissionais de saúde, deixaram a família confusa sobre qual orientação seguir, como mostra esta observação *"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).

Conforme Monticelli (1997, p.69), "há dois sistemas de cuidado à saúde: o popular e o profissional. Estes dois sistemas têm seus valores e práticas próprias e pode ocorrer discordâncias entre eles, em algumas sociedades". Ainda segundo a autora, para a enfermagem desenvolver sua prática é preciso conhecer o cuidado cultural. Estas discordâncias entre os sistemas aparecem nesta observação

"Eu falei que agora não usavam mais álcool iodado, mas sim este remédio azul (corante duplo) que colocaram no hospital, e que não precisava usar mais nada. A mãe disse que ia usar graxa provada e elas colocaram. No curativo anterior, a cunhada tinha colocado azeite. A mãe disse estar confusa, que cada pessoa mandava colocar algo diferente... Disse que no hospital falaram para não usar nada, mas os parentes dizem para usar e ela quer que caia logo aquilo, que não gosta nem de olhar. Colocaram a graxa e uma gaze. Em seguida, enrolaram com uma faixa" (F4.O2).

³ Espécie de feitiço que faria o bebê ter espasmos faciais

Observei 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. Monticelli (1997), em sua pesquisa, também concluiu que as mulheres abandonam o acompanhamento profissional, caso a interação não tenha sido a esperada.

5.1.4 Sentimentos e percepções da família

Esta categoria refere-se aos sentimentos e percepções que surgiram na família após o nascimento do primeiro filho e inclui os temas sentimentos e percepções em relação ao momento vivido, em relação ao bebê e em relação ao atendimento do Sistema de Saúde.

5.1.4.1 Em relação ao momento vivido

Ávila (1998) infere que o padrão mais característico da primeira semana, após o parto, é a labilidade emocional, onde alternam-se a euforia e a depressão, que em alguns casos pode ser intensa. Burroughs (1995) também afirma que são comuns as mudanças de humor durante o período puerperal, causadas pelo declínio hormonal e pela insegurança e conflito sobre o papel materno.

Em duas famílias, as mães relataram mudança de humor e, em uma família, eu percebi essa alteração. A mãe da família Céu Azul falou que *“eu sou uma manteiga derretida. Qualquer coisinha estou chorando, às vezes estou amamentando ele, e nem acredito, choro, daí ele me olha...”* (F3.E.M).

A mãe da família Felicidade-Responsabilidade descreveu a alteração desta forma:

“... não tinha problema com ninguém, hoje qualquer coisa eu estouro, eu mudei, eu sinto que sou uma pessoa mais nervosa, mais quieta. Na gravidez eu já estava meio assim nervosa, mas não muito, mas depois que ele nasceu sim, eu fiquei bem mais possessiva” (F5.E.M).

Ela atribui esta alteração ao estresse de ficar todo o tempo disponível para o bebê, como mostra este relato

“ela disse estar bem, mas de vez em quando tem vontade de chorar. Outro dia o pai chegou em casa e perguntou o que ela tinha, parecia estar brava. Ela disse que não sabia o que era. Ele disse que eles tem um filho lindo, saudável, uma relação

boa... Ela disse que ele sai, conversa com as pessoas e ela fica 24 horas com o bebê...” (F5.O3).

Branden (2000) assevera que a tristeza da maternidade é uma alteração transitória de humor, caracterizada por crises de choro, fadiga e baixa auto-estima, que ocorre em geral nos primeiros 10 dias após o parto e é autolimitada em 50 a 80% das puérperas.

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).

Conforme Maldonado (1997), a responsabilidade de assumir novas tarefas e a limitação de algumas atividades anteriores são algumas das causas da labilidade emocional.

Esta mãe ainda referiu sentir-se surpresa e decepcionada com a situação

“...por ser a mãe, eu sou a que mais estranho. Eu também estava acostumada com uma rotina. Eu não pensei que fosse assim, sabe, nunca ninguém tinha me contado como é que é ser mãe” (F2.E.M). Disse também que “...parece que todos os problemas que não teve durante a gestação, que foi ótima, teve no parto e vai ter agora” (F2.O1).

De acordo com Maldonado (1997), 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 situação.

Ela acredita que estava despreparada para a situação, pois não foi orientada, de acordo com esta fala

“nos primeiros dias eu andava nervosa e tudo. Se tivesse recebido as informações, eu já tinha me preparado psicologicamente, bem antes. Quando soube que era parto normal, eu já comecei preparar minha cabeça a muito tempo. Eu tinha medo, mas sabia que era uma hora que eu tinha que passar, então na hora que começou a dar as contrações, eu sabia que tinha que passar por aquilo. Então me preparei antes. Se tivessem falado do problema do seio, tinha me preparado. Agora eu fui pega de surpresa. Nasceu, e começou tudo a complicar, comecei a desesperar” (F2.E.M).

Maldonado (1989) diz que a orientação antecipatória tem o objetivo de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível de maneira mais saudável. Afirma ainda que, quando a pessoa sabe o que vai encontrar e como lidar com as dificuldades, enfrentando uma situação crítica de antemão, estará psicologicamente mais preparada para suportar a tensão real.

Em duas famílias, observei que as mães sentiram-se ansiosas para retornar ao trabalho, demonstrando até um certo receio de que isto não fosse possível.

"Percebi na mãe o receio de não poder retomar a vida própria, anterior ao bebê, ilustrada pelos comentários feitos por ela durante uma observação, contando a história de uma amiga que 'disse que depois que nasce o filho, a mulher nunca mais vive para ela, só para os filhos'" (F2.O1).

Maldonado (1989) diz que ter um filho envolve algumas renúncias, que são temporárias, mas geram o temor de que se perpetuem.

Todos os pais relataram ter sentido mudanças importantes, conforme mostram os seguintes relatos: *"...alguma coisa a gente sente, porque estava acostumado com uma rotina diferente..." (F2.E.P).* *"não adianta, quando ele nasce é diferente... quando nasceu é aquele baque" (F5.E.P).*

"...agora com o tempo a gente vai ver como é que vai ser, que alguma coisa mudou. Há algumas coisas, é difícil de explicar, é de dentro do coração que a gente sente diferente. Pelas palavras assim é difícil traduzir" (F3.E.P).

Zagury (1994, p.09) diz que "na verdade, ser pai ou mãe, é um estado de espírito que surge e do qual só tomamos real consciência após o nascimento do primeiro filho".

Kitzinger, citado por Maldonado (1997), afirma que o nascimento pode ser vivido como uma amputação, pois, muitas vezes, o filho é sentido como parte do corpo da mãe, como ilustram estes depoimentos: *"Na primeira visita, a mãe falou '... sentir-se estranha sem a barriga, de poder pegar o bebê com a mão'" (F3.O1).* *"acho que a mãe é assim... se o bebê chora parece que aquilo está acontecendo praticamente com ela mesma" (F5.E.P).*

A família Felicidade-Responsabilidade falou sobre seu sentimento em relação ao aleitamento materno, demonstrando acreditar que vale a pena amamentar, embora

existam vários fatores dificultadores neste processo, como a disponibilidade da mãe e a dificuldade em se manter no mercado de trabalho.

"O aleitamento materno é tudo que a gente queria, por mais que ele requer um sacrifício grande da mãe, é aquela coisa de 3 em 3 horas você tem que estar a disposição dele para mamar, não trabalhar, praticamente é impossível manter um emprego, não existe patrão no mundo que... só se tu for dono do teu negócio... e mesmo assim é uma concessão que tu faz, é uma troca" (F5.E.P).

Outro sentimento que apareceu foi a preocupação com o aspecto corporal da mãe, conforme a observação de que *"A mãe da família aprendizado preocupou-se com a sua forma física, perguntando-me sobre o uso de cinto abdominal"* (F2.O2).

Branden (2000) diz que, após o parto, a auto-imagem da paciente pode alterar-se intensamente devido ao aumento do peso e a redução do tônus muscular, fazendo com que ela sinta-se deselegante.

O nascimento do bebê, para algumas avós, significou renovação, pois elas reviveram o nascimento de seus próprios filhos, como mostra esta fala *"...dizem que ela ficou avó, mais velha, ela diz que renovou-se, começou de novo"* (F3.O1).

5.1.4.2 Em relação ao bebê

As famílias percebem o bebê como um ser bastante frágil, como mostra este relato da família Mudança: *"É super frágil, qualquer mosquitinho faz mal pra ele"* (F1.E.P).

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, como mostram estas observações: *"A mãe disse que o bebê vomitou e ela estava sozinha no quarto, assustou-se e gritou pela avó"* (F3.O2).

"Contou-me que assustou-se outro dia, pois deixou o bebê na cama para ir tomar banho e quando voltou ele estava todo vomitado. Pensou que poderia morrer e agora cuida mais, põe um travesseiro nas costas para ele não virar-se. Enquanto conversávamos, o bebê engasgou-se e ela assustou-se e

ergueu-o. Disse que tem muito medo quando ele se engasga” (F4.O3).

“o que mais a preocupa é o medo que ele vomite e engula, contou que outro dia deitou-o após o mama e após ter arrotado, e quando voltou ele estava todo vomitado” (F5.O2).

Observei que as famílias ficam em constante estado de alerta, principalmente as mães, o que as deixa bastante esgotadas, como demonstram os seguintes relatos: “... *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).* “... *qualquer coisinha pulo da cama, o pai diz: calma, não é assim. Sabe, a gente fica com aquele medo, que vai acontecer alguma coisa com ele, e a gente não ouve, a gente fica com aquele receio de noite...*” (F3.E.M).

Estes relatos confirmam os achados de Monticelli (1997), o qual assevera que as famílias de seu estudo consideram que o recém-nascido está num estado liminar e permeado por perigos potenciais, exigindo muitas ações de proteção e prevenção.

A família Felicidade-Responsabilidade comentou sobre a preocupação com o filho no futuro, “*não sabe como será quando o filho for adolescente e começar a sair à noite. Disse que agora sabe porque os pais não dormem à noite quando os filhos saem*” (F5.O4).

O casal também preocupou-se em fazer vários exames no pré-natal e achou que isso alivia bastante a ansiedade. “Fizeram pesquisa de alterações genéticas e ecografias, principalmente devido a ela estar usando medicamentos antidepressivos no início da gestação” (F5.O4).

Conforme Maldonado (1997, p.55), “*a impossibilidade de ver o bebê dentro da barriga aumenta a ansiedade referente ao seu desenvolvimento, originando desejos ou até mesmo sonhos de transparência da barriga*” que permitiriam a visualização do feto.

O autor, ainda, afirma que ter filhos sadios representa, em nível emocional, ganhar um prêmio. O homem e a mulher conseguem acreditar na capacidade de merecer e produzir um filho saudável.

Os pais sentiram-se satisfeitos devido ao bebê ter saúde, pois acreditam que seria muito difícil cuidá-lo se não fosse saudável, demonstrado pelos depoimentos: “*se é uma criança doentinha, acho que é mais difícil, toda hora com febre, toda hora tem*

que fazer isso, tem que fazer aquilo” (F1.E.P). “o mamá não é problema. O problema seria se tivesse doença” (F2.E.A). “a gente não tem noção de como seria se ele fosse um garoto que chorasse, com problemas de saúde...” (F5.E.P).

Os pais perceberam a influência do seu estado emocional sobre o bebê, conforme o relato de que *“... agora a gente tá mais segura, então ele já tá mais calminho, a gente sente isso, agora no início a gente tava assim meio apavorado, inseguro, ele também sentia insegurança” (F1.E.M).*

Conforme Maldonado (1997), a criança comporta-se de acordo com os padrões e regras do grupo familiar, qualquer mudança em um membro da família tem repercussão sobre os outros.

Donoso (1997), também, acredita que o estado emocional da mãe influencia o desenvolvimento da criança, inclusive dos aspectos orgânicos.

Também perceberam com satisfação o desenvolvimento do bebê e a forma como ele reagiu a estímulos, como nos relatos: *“Às vezes ele é chorãozinho, porque é o jeito dele...toda criança acho que é... caminha na frente dele prá cá, prá lá, ele vai acompanhando assim, prá onde tu anda ele vira” (F1.E.P). “é maravilhoso porque cada dia vai ficando mais ativo, vai melhorando os reflexos, pescoço, o corpinho dele está ficando mais duro” (F5.E.P).*

Maldonado (1997) afirma que os pais aumentam sua autoconfiança quando percebem as manifestações do desenvolvimento saudável do bebê, pois revivem seu próprio desenvolvimento, podendo reconstruir e atingir assim um novo nível de integração.

A maioria descreveu seus sentimentos em relação ao bebê como alegria, amor, felicidade, carinho e responsabilidade:

“É uma coisa muito boa, é uma alegria enorme. Saber que tem um filho que tem que cuidar. Tu vai lá, antes de fazer uma coisa, você pensa, tem uma criança. Até no meu caso eu estou pensando que penso antes no meu filho...” (F3.E.P).

“... estou nas nuvens, bastante feliz. O que eu puder dar para ela, vou conseguir dar para ela, é a única” (F4.E.P).

Silva (1997) diz que o sentimento de responsabilidade resulta da percepção de que os pais têm que suprir as necessidades e desejos dos filhos.

Estes sentimentos, como pais, fez com que as famílias passassem a preocupar-se com outras crianças, despertando a solidariedade e desejando que eles estejam presentes nas outras famílias, pois perceberam o amor como fundamental ao desenvolvimento das crianças.

"... vale a pena ter um filho, muda a rotina, muda o cotidiano, mas ele é uma celebração, é uma vitória... A gente já sabe que a personalidade das crianças e adultos... eu acho que isto já vem desde berço, não recebem segurança, não recebem carinho. As crianças são espancadas, ou com palavras, ou não são cuidadas, eles sentem esta necessidade e depois se tornam não só indivíduos marginais, mas inseguros... são diferentes das crianças que são tratadas com carinho e eu acho isto... nós estamos babando por ele" (F5.E.M).

"A mãe quis deixar uma mensagem para outros pais. '...Só que amem os filhos...se tem cuide com carinho, com amor, é teu pedacinho que está ali crescendo...' (F3.E.M).

A família extensa também participou desta alegria, como aparece nas falas: *"... estou meio perdida, mas estou achando bom...eu estou meio destreinada, mas assim mesmo ela é minha alegria, e já me dá risada. Falo com ela, ela já me conhece, já dá risadinha" (F2.E.A). "A mãe falou que 'todo mundo ficou paparicando, pegando bastante'" (F3.E.M). O pai disse que "todos queriam saber como está o bebê" (F3.E.P).*

Apesar dos sentimentos acima predominarem, também, apareceram outros sentimentos, 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). "Na última visita, a mãe exclamou com impaciência '... mas eu não tenho mais leite para dar para esta menina. Estou dando leite a horas para ela. O que vou dar para ela?'" (F2.E.M).*

Como destaca Maldonado (1997), 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 importantes. É um sistema circular em constante fluxo dinâmico.

O ciúmes, por parte da mãe, também, foi um sentimento encontrado em duas famílias, como mostram as seguintes observações: *"Não gosta que a sobrinha de cinco anos pegue o bebê, porque ela aperta ele e passa a mão na cabeça. Falou para a sobrinha que se ela machucasse o bebê, ela iria sangrá-la"* (F4.O3).

"... foi à consulta da psiquiatra e ela perguntou se a mãe não tinha ciúmes do bebê. Ela disse que sim, que tem ciúmes quando os outros pegam o bebê e quando sai um pouco para ir ao médico fica louca, pensando se ele está bem, se não está chorando, a psiquiatra disse que isto é normal, é assim mesmo" (F5.O2).

Dois 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). *"dá pena,... mas precisa, já pensou se acontece alguma coisinha ele é tão indefeso, e aí dá um nó se acontecer alguma coisa e tu não faz"* (F5.E.P).

Acredito que este sentimento, associado à idéia de fragilidade do bebê, possa contribuir para o adiamento do início do esquema vacinal em algumas famílias.

5.1.4.3 Em relação ao atendimento do sistema de saúde

Constatee 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, como mostra a observação de que

"a família ficou um dia a mais no hospital esperando o leite descer. O pai disse que 'pediram para que fosse dado Nan, e acompanhou a 'enfermeira' para ver se estava dando mesmo... agora que veio o leite estão tranquilos" (F5.O1).

Ávila (1998) afirma que 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 insegurança.

Esta família foi a que mais falou a respeito do apoio institucional, relatando sua percepção em relação aos profissionais que os atenderam durante o ciclo gravídico-puerperal. Algumas não foram positivas, como as seguintes:

"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. Acharam 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).

"... fui até indelicado uma hora...tu deixa até de ser educado quando chega um momento... que tu solta as unhas mesmo, por mais que tu não queira, eu já estava com vontade de mandar a mulher ... e deixar eu ir atrás de comida para o meu filho" (F5.E.P).

Maldonado (1997) afirma que um dos fatores básicos para a decisão e continuidade da amamentação é a postura da equipe de saúde, oferecendo apoio e informação à família.

Outras percepções foram positivas, ressaltando o lado humano dos trabalhadores em saúde, como aparece nestes depoimentos:

"nunca vai esquecer quando outro pediatra, que ela nem conhecia, chegou, colocou as mãos no seu rosto e disse para ela ficar calma que ia correr tudo bem. Os outros médicos mal conversavam com ela. O pediatra disse que eles acostumam com o ambiente e esquecem do paciente" (F5.O1).

"Como é bom a segurança, tinha uma enfermeira, ela está há 30 anos dentro do Hospital, essa senhora passou uma segurança para a gente, ela pegava esse bebê com tanto amor, com tanto carinho, conversou com a gente, olha, eu acho que vale mais que muita coisa. Só aquele lado humano e a experiência dela foi tudo" (F5.E.P).

"... a enfermeira atendeu-a e conversou bastante com ela" (F4.O4).

Esta família também falou de sua frustração com a atitude autoritária de alguns profissionais no hospital.

"Ficaram frustrados, pois combinaram que ele entraria na sala de parto, e na hora o anestesista não permitiu. A mãe pedia por ele e eles diziam que ele já estava vindo... ela tem síndrome do pânico e a psiquiatra e o pediatra estavam viajando no dia da cesariana" (F5.O1).

Ávila (1998) afirma que 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 tranqüiliza e dá segurança. A autora diz ainda que a parturiente precisa ser respeitada e ouvida nos seus sentimentos, opções e vontades, pelas pessoas que a cercam, e não apenas de companhia. Que a sociedade necessita adotar uma política de saúde e uma formação acadêmica que objetive a assistência integral do ser humano, investindo em treinamento humanizado e melhor remuneração, a fim de ter profissionais capacitados e não apenas profissionais que esvaziam úteros grávidos.

A humanização do atendimento não ocorre em todos os setores da mesma forma, uns estão mais desenvolvidos do que outros, como mostra este depoimento do pai *"o que compensou por não ter entrado na sala de parto foi o fato de ter pego o bebê e acompanhado todos os cuidados no berçário"* (F5.O1). As atitudes parecem estar vinculadas às características pessoais do profissional de saúde e não a uma filosofia do serviço.

Nos seguintes relatos, fica clara a percepção que a família tem do atendimento pelo SUS, que foi usado de forma complementar ao atendimento privado, apenas por necessidade financeira. Acreditam que a menor qualidade do atendimento justifica-se pela falta de tempo dos profissionais, que tem que atender uma demanda maior do que no serviço privado: *"... na rede pública eles não tem esse tempo todo, no caso que eu estou falando é ali, na hora do parto, as enfermeiras... é porque elas tinham tempo para conversar com a gente, explicar"* (F5.E.P). *"não fomos tão maltratados, mas só uma coisa, eles são práticos e 'Oi, bom dia, boa tarde, o que você precisa', eles não vem com toda aquela psicologia, mas o que é importante, eles te dão o exame"* (F5.E.P).

"O pai também falou que eles tiveram toda a atenção de médicos e outros profissionais, mas acha que se fossem atendidos através do SUS não teriam a mesma atenção. Sentiram a diferença quando foram fazer o teste do pezinho na Unidade Básica de Saúde. Acharam que o atendimento não tem a mesma qualidade..." (F5.O4).

Observo que esta opinião sobre a qualidade do atendimento no SUS, já está presente no senso comum, sendo considerada até como natural para grande parte das pessoas. Acreditam que para que o atendimento tenha qualidade, é necessário que seja pago diretamente, não por meio de impostos. Qualquer atendimento obtido é considerado como "lucro".

Algumas famílias utilizaram remédios caseiros para tentar solucionar os problemas do bebê, antes de procurar ajuda profissional, de acordo com esta observação. *"Na primeira visita, o bebê estava com secreção ocular, que persistiu até por volta do 15º dia. A mãe utilizou chá de camomila para lavar o olho do bebê"* (F1.O3).

Outras famílias têm vínculo com o pediatra devido ao atendimento recebido na sala de parto, bem como pelas condições financeiras para manter o atendimento privado, procurando logo seu auxílio, como mostra a observação de que *"na primeira visita, o bebê estava um pouco ictérico, mas a família já havia feito contato com o pediatra e este já havia examinado o bebê, orientando para que o deixassem na claridade"* (F3.O1).

Algumas, ainda, procuram a Rede Básica de Saúde próxima à sua residência, para intercorrências clínicas, como a família Maravilhoso que relatou que *"o bebê esteve gripado e o levaram na Unidade de saúde para consultar com a pediatra. Fizeram nebulização toda semana e usaram descongestionante nasal"* (F4.O4).

Conforme Monticelli (1997), existem diferentes tipos de interação entre o sistema popular e o sistema profissional de saúde, e que a natureza desta interação é que determina quem as famílias procuram quando necessitam atendimento em saúde. Percebi, também, que as condições financeiras direcionam o tipo de atendimento procurado pela família.

Observei 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, como mostram as seguintes observações: *"... havia feito curativo na Unidade de saúde, pois tinha secreção em um ponto e achava que um deles tinha aberto. Disse que marcou revisão com o médico só no final do mês, nos 40 dias"* (F4. O2).

"estava com a pressão um pouco alta ainda, e os pés edemaciados, mas já havia conversado com a médica, se não baixar a pressão até amanhã, começará a tomar Aldomet por um tempo. O pai verifica sua pressão diariamente" (F5.O1).

Outras buscaram os conselhos populares, normalmente da própria família, como demonstra esta observação de que *"ela não recebeu orientações profissionais para suas dificuldades e seguiu instruções da avó"* (F1.O1).

Com exceção das duas famílias que receberam atendimento de saúde privado, as outras procuraram o serviço de saúde para revisão ginecológica pós-parto somente após minha orientação, pois não haviam sido encaminhadas.

Carraro (1997) considera o puerpério como um período, muitas vezes, negligenciado pelos profissionais de saúde, na questão dos cuidados à mulher e sua família.

A família Mudança, apesar da minha insistência, não havia feito a revisão até o nosso último encontro.

"Observei, também, que até a minha última visita a mãe ainda não havia feito revisão ginecológica, apesar de termos falado várias vezes no assunto. Reforcei novamente, utilizando o argumento da necessidade de um método contraceptivo, ao qual a mãe pareceu sensibilizar-se dizendo que não quer descuidar-se, que outro bebê neste momento seria muito difícil" (F1.O4).

Esta família relatou que *"ficou chateada com a obstetra com a qual fez todo o pré-natal no consultório particular e quando ela a viu no hospital nem a cumprimentou. Ela acha que foi porque fez o parto pelo SUS"* (F1.O2).

Observei que esta família ficou sem vínculo com os serviços de saúde, o que pode ter dificultado a procura pelos serviços, pois não buscou atendimento nem para a puérpera e nem para o bebê.

5.1.5 Relações da família

Esta categoria é composta por três temas, a interação com o bebê, o relacionamento do casal e o relacionamento da família nuclear com a família extensa, e fala sobre as relações da família após o nascimento do primeiro filho.

5.1.5.1 Interação com o bebê

Ziegel e Cranley (1985) dizem que o vínculo mãe-filho está profundamente relacionado ao progresso da mãe nas fases de aceitação e participação. Nesse momento, a mulher sente-se mais "mãe", assumindo maior responsabilidade pelo cuidado ao filho.

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).

Na maioria das famílias, observei uma boa interação com o bebê, como demonstram estes relatos: *"acho que ele me ama... ele resmungava, eu tinha ido tomar banho. Daí eu vim aqui na sala e peguei ele, pronto, parou. Já sente o cheiro da mãe, agora ele já conhece a voz,... até o pai ele já conhece..."* (F3.E.M). *"ela o beija e chama de princesinha. Disse que à noite fica um pouco brava quando ela não dorme, mas em seguida a beija muito"* (F4.O3).

De acordo com Branden (2000), a interação depende da habilidade mútua de enviar, receber e interpretar corretamente as mensagens.

Os pais, apesar de se sentirem um pouco excluídos, esforçam-se por estabelecer o vínculo com o bebê, conforme esta fala:

"Eu estou gostando muito dessa criança que veio... mudou, mudou bastante coisa na minha vida... não tem muitas palavras a dizer... 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, embalo ele, beijo ele, daí ele acalma, às vezes dorme, às vezes não, chora, é mamá. 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).

Papalia e Olds (2000) dizem que parece que chegaram ao fim os tempos em que se diminuía a contribuição do pai no desenvolvimento de seus filhos e que as descobertas das pesquisas salientam a importância do mesmo. Afirma que os pais estabelecem laços íntimos com seus bebês logo após o nascimento, tomando-os nos braços orgulhosos.

Na família Aprendizado, observei uma certa dificuldade de interação, que pareceu melhorar na segunda visita, mas voltei a observar na última visita *"ainda não*

se observa 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).

Percebi dificuldades no vínculo, através da manifestação da mãe, dizendo que *“o primeiro mês de vida do bebê vai ser sem graça, pois ele não reage” (F2.O1).*

Conforme Ávila (1998), 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 perplexidade.

Branden (2000) afirma que quanto mais atento e responsivo for o bebê, maior será a interação com os pais e que os bebês difíceis de consolar são menos agradáveis de interagir. Diz que os pais devem ser orientados sobre os tipos de temperamento do bebê e como lidar com cada um. Afirma, ainda, que é fundamental a sensibilidade dos pais aos sinais do recém-nascido para desenvolver sua relação com o bebê.

Seibel (1992) diz que onde o apego ou o vínculo mãe-filho foi deficiente ou inexistente, poderá acontecer situações de maus-tratos. Diz que a mãe está passando por uma "crise do desenvolvimento", tendo que superar novos desafios, e isto pode desencadear conseqüências sadias ou patológicas.

5.1.5.2 Relacionamento do casal

Conforme Branden (2000, p. 488):

“O nascimento de um membro novo na família desencadeia algumas alterações no relacionamento do casal. As demandas constantes de cuidados por parte do recém-nascido podem restringir a liberdade do casal, interferir com sua privacidade, alterar suas relações sexuais e provocar alterações gerais no seu estilo de vida. Além disso, a paciente pode ter expectativas de papéis às quais o companheiro não pode - ou não quer - atender”.

Todas as famílias relataram que houve algumas mudanças, mas que estas não afetaram muito o relacionamento do casal, como demonstram os seguintes relatos:

“Na opinião do pai 'muda umas coisas. Sempre muda uma coisinha, mas não que afeta'” (F1.E.P). A mãe também falou que “... mas eu acho que antes tava bem, e agora também, só que tem um integrante a mais na família” (F1.E.M).

“A relação mudou com a vinda do nenê, mudou um pouquinho, mas praticamente está como era antes” (F3.E.P).

As mudanças que pude observar ou que foram relatadas, disseram respeito à divisão de tempo e atenção entre os pais e o bebê, bem como no tocante ao relacionamento sexual, exemplificado nestas falas: *“Todas as tardes ele sai do serviço e vem para casa dá uma olhadinha...beija o nenê e esquece a mulher” (F3.E.M).* *“A mãe contou-me que 'outro dia o pai estava bicudo porque queria ir em um aniversário e ela dizia que tinha muito serviço e não queria ir. Aí resolveu deixar tudo e sair com ele e o bebê’” (F4.O3).*

“... agora a vida do casal muda, tu tem 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... ele (o bebê) te completa esta parte... mas tu acaba de pensar em você mesmo, e quando tu te toca está vivendo só em função dele” (F5.E.P).

Ziegel e Cranley (1985) dizem que a mãe passa a maior parte do tempo com o bebê e parece excluir o pai. Ela fica temporariamente com pouco interesse em outras atividades e a relação sexual fica prejudicada devido à episiotomia recente e à fadiga.

Conforme Branden (2000, p. 489), “o nascimento do bebê costuma alterar a relação sexual do casal. A frequência e o desejo de ter relações sexuais diminuem no período pós-parto”.

Algumas famílias disseram ter havido alguns conflitos entre o casal, a maioria motivado pelo excesso de tarefas da mãe e a pouca participação do pai, de acordo com os seguintes relatos: *“... tem que fazer alguma coisa, eu digo, segura ele um pouquinho, ele chora, mas ele pega o nenê chorando e diz pega aqui, pega aqui, pega aqui, apavorado... mas segura ele! Acalma! então tenho que largar do serviço, ele em casa, pra mim pegar o nenê” (F1.E.M).* *“... o pai não ajuda e ela fica com vontade de bater nele” (F4.O1).* *“O casal relatou que surgiram conflitos, principalmente pelo fato da mãe estar estressada por ficar só dentro de casa, cuidando do bebê” (F5.O4).*

Branden (2000) afirma que devido à sensação de maior responsabilidade, o pai pode sentir-se estimulado a trabalhar mais, enquanto a mãe pode querer que ele fique por perto para ajudar a cuidar do bebê.

A família Responsabilidade-Felicidade disse que um dos motivos de conflito entre o casal foi a atitude possessiva da mãe em relação ao bebê.

"Isso às vezes me incomoda...claro que eu não gosto que qualquer estranho, qualquer pessoa... só que também a gente não pode exagerar neste sentimento, porque as pessoas que estão pegando ele são da família, mas ela vai ter que trabalhar este lado, até porque assim que ela começar a trabalhar, ela vai ter que por uma pessoa para cuidar dele e aí vai complicar se ela continuar, eu acho" (F5.E.P).

5.1.5.3 Relacionamento da família nuclear com a extensa

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, como mostra esta observação: *"o avô cuida do bebê, fica tempo com ele no colo. Foi junto registrar o bebê e não gostou por não precisar a assinatura dele no documento"* (F3.O2). *"Ela também disse que 'o avô está muito feliz, levanta de noite para olhar o bebê'"* (F3.O3).

Observei apenas alguns episódios de conflito, quando as mães acharam que a interferência dos avós não foi positiva ou não correspondeu às suas expectativas, demonstrados pelas seguintes observações:

"Frente às dificuldades demonstradas pela mãe, a avó disse que sempre tinha dito como ia ser com um filho, mas a mãe respondeu que 'a mãe dizia assim, o dia que tu for mãe, tu vai saber como é difícil, mas nunca me falou como é ter um filho'" (F2.E.M).

"... a mãe estava um pouco contrariada na sala com o bebê e o avô. Este disse que gostava de brincar com o bebê, fazendo cócegas nas axilas para ver como ele reage. Ela disse que ele machucava o bebê" (F5.O4).

A família Felicidade-Responsabilidade relatou que o bebê aproximou a família extensa. *"Depois que ele nasceu, não queria saber mais se tinha aquele problema ou não tinha"* (F5.E.P). A mãe disse que *"parece tão pequeno o problema perto de uma coisa tão enorme que é..."* (F5.E.M). O pai reforçou dizendo que *"estávamos acostumados a viver só nós na nossa casa, agora a gente está abrindo mão disso, que é construir o nosso lugar"* (F5.E.P).

Haley (1991) diz que os arranjos familiares são revisados quando nasce uma criança e que haverá influências na criação e educação dela. Afirma que o filho aproxima o casal da rede total de parentes, embora sejam agora mais individualizados como adultos.

5.1.6 Necessidades da família

Nesta categoria, onde estão descritas as necessidades sentidas pela família após o nascimento do primeiro filho, estão incluídos dois temas: aspectos financeiros e educação em saúde.

5.1.6.1 Aspectos financeiros

Todas as famílias relataram terem aumentado as necessidades financeiras após o nascimento do bebê, sendo que estas necessidades trouxeram algumas dificuldades, como mostram os depoimentos: “... *não sabem como os pobres cuidam dos seus bebês, como compram as coisas necessárias, pois está difícil para eles, os gastos com farmácia e médicos*” (F2.O3).

“é das coisas básicas para o uso dele, aí tu vê a fralda, o hipoglós, o talquinho e essas necessidades que a gente tem porque o financeiro que mexe com a gente. A casa muito pouco teve que se adaptar a ele...” (F5.E.P).

A família Maravilhoso disse que para eles esta foi a maior necessidade sentida, devido à compra de remédios.

“Como ela nasceu antes do prazo previsto, eles estavam sem dinheiro no momento. O pai falou que 'no fim do mês, nós calculava, depois do dia 20, recebo vale. Daí o cara já tem dinheiro. Ou no final do mês, o cara já recebe salário. Já tem dinheiro também. Só que ela nasceu antes e daí apertou bastante, e não tem para quem pegar dinheiro, não tem isso’” (F4.E.P).

O fato da mãe parar de trabalhar também influenciou muito na renda familiar. *“O casal demonstrou preocupação em relação à necessidades que surgirão, como roupas e leite. Disseram que não poderão comprar porque a mãe parando de trabalhar ele não poderá pagar tudo sozinho”* (F4.O4).

Uma das famílias optou por comprar um plano de saúde privado: “...a gente sabe que criar ele não é fácil, é pediatra, é remédio todo mês. Esta semana eu fiz plano de saúde para nós. Até então foi tudo particular...já é difícil para dois, imagina para mais uma criança” (F3.E.M).

Bilac (1995) afirma que devido às precárias condições oferecidas pelos serviços públicos de saúde e educação, a busca por serviços privados é cada vez maior, aumentando consideravelmente os custos da reprodução. Diz também que tal fato constitui um forte estímulo ao trabalho feminino.

Mesmo com dificuldade, 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 pelo SUS. Também aquelas que fizeram o pré-natal no consultório particular e os exames laboratoriais pelo SUS.

Como observei, algumas famílias ficam sem opções, pois não têm condições de manter um plano privado, o sistema de saúde público não cobre suas necessidades e a mãe não pode trabalhar, pois não tem quem cuide do bebê. A estrutura de creches é muito deficiente no município.

5.1.6.2 Educação em saúde

Berthoud e Bergami (1997) dizem que ajudar os casais a compreender e acompanhar toda a trajetória do nascimento de um bebê e as implicações desta em suas vidas e na vida familiar é assegurar uma família mais feliz e ajustada.

De todas as necessidades das famílias, a que apareceu com maior ênfase foi a de educação em saúde. No decorrer das visitas, pude perceber a grande carência de informações que as famílias têm sobre os mais variados aspectos, principalmente a respeito das características normais do bebê e sobre o aleitamento, como mostram as seguintes observações:

" não tinha nenhuma orientação sobre cuidados com fissura mamilar e nem sobre o puerpério e cuidados com o bebê, a mãe achava que o parto e o cuidado com o bebê seria mais fácil do que está sendo" (F1.O1). "Como não receberam orientações sobre o início do trabalho de parto, a mãe disse 'terem ido várias vezes ao hospital achando que estava na hora do nascimento'" (F1.O2).

“... eles falaram que era para levar com 15 dia ao Posto. Nem deu 15 dias, nós levamos ao Posto para fazer a vacina, e tudo. Só isso de cuidado. Ninguém me falou o que tinha que fazer. Acho que pensaram que eu sabia tudo” (F4.E.M).

"Outra orientação que a família acredita que faltou foi sobre amamentação. Disseram que no hospital foi ótimo, mas antes só leram que era importante, 'mas como proceder, como cuidar do teu seio, como estimular, sugar o seio, é aí que está, foi um fator que causou complicações a mais, que não precisaria'" (F5.E.M).

Conforme Berthoud e Bergami (1997), 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 despreparados.

Mesmo em famílias que foram atendidas pelo setor privado, observei deficiência de orientações. A maior fonte de informações que eles tiveram foi através de leituras feitas por iniciativa própria e através da rede de apoio familiar, como demonstram estes depoimentos:

"O pai acha que teria sido muito complicado se não tivessem lido, 'porque a gente dependeria de uma pessoa para nos fazer isso, ou a gente iria pagar um preço, e ele (o bebê) principalmente pagar o preço, porque pessoas inexperientes, sem conhecimentos, aí eu acho que a pessoa fica muito mais insegura e fica com medo também, e isso transmite, porque tu vai fazer uma coisa e não sabe'" (F5.E.P).

"... o saber é muito importante, porque não vai ficar ligando para o pediatra toda hora e tal, que era o que eu gostaria, ter o pediatra dentro de casa 24 horas" (F5.E.M).

Maldonado (1997) diz que nossa sociedade ainda não se deu conta das dificuldades da gravidez e, por isso, não oferece o apoio necessário. Afirma ainda que na maioria das sociedades primitivas e rurais isso não acontece, pois oferecem vários rituais de transição e ajuda por meio de mulheres mais velhas e experientes e os papéis são bem definidos.

A família Mudança relatou que gostaria de ter sido orientada sobre o choro do bebê e fez inúmeros outros questionamentos sobre eliminações, higiene, cuidados com o coto, uso de medicações e características do bebê.

"Uma coisa que eu achei foi o choro. Um choro é uma surpresa, porque às vezes não sabe o que ele tem. No início eu ficava com medo, imaginava, dois dias, três dias, pode tá chorando de uma outra coisa... eu achei isso, que nem sabia que as crianças chorava tanto assim" (F1.E.P).

A mãe da família Aprendizado falou que

"eu queria que alguém me dissesse que as coisas é 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... enfatizou que essa orientação era o mais importante e foi só o que faltou a ela" (F2.E.M).

Sua fala foi reforçada pela avó materna, que disse que *"se ela tivesse tido orientações antes, teria evitado muita coisa"* (F2.E.A).

Maldonado (1997) cita Janis, que considerou a orientação antecipatória como uma 'vacina emocional', enfatizando que a situação deve ser apresentada em seus detalhes reais, que os aspectos difíceis ou dolorosos não devem ser negados e, ao mesmo tempo, deve-se permitir a livre expressão dos sentimentos de angústia e temor, mostrando uma maneira de enfrentar a situação dentro de uma perspectiva de otimismo realista.

Conforme Ávila (1998), para prestar uma assistência eficaz à família, é preciso que o profissional de saúde compreenda e reconheça as vivências emocionais do puerpério.

A presença de um profissional de saúde no domicílio foi vista como possibilidade de confirmar ou não o que ouviam da rede de apoio social. *"A mãe perguntou-me sobre obstrução nasal e disse que uma tia falou que o bebê tinha uma carne crescida no nariz. Perguntou-me também se deveria trocar o bebê à noite quando fizesse cocô, pois a vizinha disse que ficaria mal acostumado"* (F1.O3).

De acordo com Elsen e Marcon (1999), é no domicílio que as pessoas expressam mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença.

Algumas famílias receberam folhetos educativos no hospital e acharam muito bons, conforme esta fala

"ajudou bastante. Ali diz que não pode passar talco, perfume no nenê e eu não sabia. Secar bem as dobrinhas do nenê... Até

lavar a roupa com sabonete, nunca ia lavar com isso. Diz também que era para colocar uma colher de vinagre branco. Ainda não coloquei, lavo só com sabão de côco ou glicerina. Mas também alguma coisa que a gente não sabia, que no livrinho explica. Esses dias ele leu primeiro e estava me dizendo, depois li eu. Já deixei ali em cima para quando eu quero tirar uma dúvida, já pego o livrinho para ler” (F4.E.M).

Outras deixaram os folhetos de lado e só leram após o meu incentivo, 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).

Na família Mudança, os folhetos chegaram por acaso em suas mãos, quando a avó materna encontrou-os em outra ocasião que esteve no hospital.

Percebi que estes folhetos precisam ser trabalhados pela equipe de enfermagem, junto com as famílias, não basta deixá-los sobre a mesa, 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).

Burroughs (1995) infere que, na primeira fase após o parto, chamada por Rubin de “fase do aceitar”, que, dura durante os dois primeiros dias, a mãe aceita os cuidados e apoio dos outros e pode estar com sua capacidade de concentração em novas informações reduzidas. Nesta fase, talvez, a enfermagem precise repetir as informações. É uma fase de passividade e dependência.

Neste momento, as outras pessoas da família poderiam ser orientadas.

O alojamento conjunto não foi aproveitado como um espaço educativo, como mostra o relato de que

“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, e no primeiro dia tu fica meio assim, parece que saiu da tua frente e tu já fica opa, para aí, seria mais gostoso se elas fizessem aqui” (F5.E.P).

A família teve consciência de que este seria um momento em que eles poderiam aproveitar para aprender cuidados com o bebê.

Ziegel e Cranley (1985) afirmam que os pais terão mais oportunidade de aprender, se puderem cuidar do seu filho no hospital, sob orientação de uma enfermeira.

Algumas famílias tomaram a iniciativa de solicitar informações no período da hospitalização. Esta atitude não partiu espontaneamente da equipe de enfermagem.

"O pai relatou que observou tudo no hospital, a forma como os profissionais cuidavam do bebê. Ele perguntava, aí elas paravam e ensinavam, disse que as enfermeiras só preocupavam-se com o aleitamento, mas quando ele solicitou elas se prontificaram a ensinar as outras coisas" (F5.O4).

Ávila (1998) diz que o profissional de saúde pode acolher e apoiar a família, levando-a a utilizar seus recursos interiores e desenvolver sua autoconfiança para cuidar do filho.

Riesco e Tsunehiro (1990) afirmam que um dos aspectos positivos do sistema de alojamento conjunto é a possibilidade de educação da mãe sobre os cuidados com o bebê, através de orientações teórico-práticas. No caso do dado encontrado neste estudo, eu incluo também o pai e os avós como receptores importantes destas orientações.

As famílias perceberam as falhas existentes no serviço, quando o atendimento recebido não supriu suas necessidades.

"A mãe relatou que o seu maior medo era da anestesia, pois tem Asma e é alérgica. Ela gostaria de ter sido orientada, saber o que poderia ou não acontecer. Recebeu um formulário perguntando se havia gostado da entrevista que o anestesista fez antes, pedindo os seus problemas de saúde, e ela disse que nunca foi feita esta entrevista" (F5.O4).

A necessidade de trabalhar impede, muitas vezes, que as famílias aproveitem algumas poucas 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. ' Eu gostaria de ter ido, a gente aprende. Até ensinavam como é que tem que fazer com o nenê e tudo. Eu não podia ir nenhuma vez, porque não tinha hora para chegar em casa, era noite'" (F4.E.M).

Algumas informações não adequadas são fornecidas às famílias, por profissionais de saúde, causando confusão e pouco auxílio, como mostra este relato

“quando eu fui tomar a injeção da rubéola, comecei a conversar, daí falei do problema do seio. Daí elas me mandaram passar mel e disseram que os médicos não falam direito. Porque tem uma pomada que a gente passa no seio uns dias antes, prepara o seio para não ter esse problema de dor... Sai de lá indignada...” (F2.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 através da literatura, como mostram os seguintes exemplos: “... já bastante amigas tem nenê. Então mais ou menos já sabia como era o parto, cólica, febre, que sempre dá de noite, essas coisas... a gente vai, pede para um, pede para outro, e vai aprendendo” (F1.E.M).

“A mãe buscou informar-se sobre a fase que estavam passando através da literatura e também conversando com outras pessoas e disse que até agora não tiveram dificuldades maiores para saber se faltou alguma orientação” (F3.O4).

Estes dados confirmam a opinião de Boyd (1990), quando diz que a família acha-se mais aberta a intervenção durante o tempo de crise, quando as fronteiras do sistema da família estão mais permeáveis.

Portanto, esta fase é muito rica para que a enfermeira possa interagir com a família, promovendo a educação em saúde e estabelecendo vínculos que poderão auxiliar em outras fases do seu ciclo vital. É importante que a interação possa iniciar durante o pré-natal ou até mesmo antes da concepção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, procurei ampliar o enfoque normalmente dado ao binômio mãe-filho no período puerperal, para a família, no contexto domiciliar, a fim de subsidiar o cuidado de enfermagem à família em expansão, através do conhecimento de suas vivências quando retornam ao lar com o primeiro filho.

Para alcançar esse objetivo, utilizei um estudo qualitativo e o método descritivo-exploratório. Acredito que a metodologia escolhida respondeu às questões do estudo, mesmo que não tenha esgotado o tema, o qual poderá ser revisto através de outros olhares e métodos.

A ótima acolhida de quase todas as famílias, bem como a relação que se estabeleceu foram fatores que facilitaram a coleta de dados e mostraram a importância da presença do profissional de saúde no domicílio, principalmente em períodos de transição familiar, como é o caso do nascimento do primeiro filho.

Essa presença ainda não faz parte da rotina dos serviços de saúde, apesar de algumas tentativas isoladas e do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1994). Até mesmo o atendimento pós-parto, na maioria dos serviços, não tem uma rotina preestabelecida, ficando a família sem vínculo com o sistema de saúde quando retorna para casa.

As **mudanças na família**, após o nascimento do primeiro filho, apareceram com evidência na pesquisa.

Os novos papéis desempenhados pelos pais exigiram alguns ajustes e negociações, principalmente no que se referiu ao papel paterno. Embora, ainda, acredite-se que os pais tenham mais dificuldade no cuidado ao bebê, as mães, de maneira geral, solicitaram sua participação e eles responderam positivamente a essa solicitação. A atividade profissional do pai foi o principal fator que limitou sua participação. Considero que os profissionais de saúde têm um importante papel no estímulo dessa participação e, também, na não exclusão do pai do ciclo gravídico-puerperal.

A adaptação ao bebê foi considerada difícil, principalmente devido aos cuidados e disponibilidade exigidos pelo bebê e ao aleitamento. As maiores dificuldades foram no período inicial e a adaptação foi gradual, envolvendo toda a

família, inclusive a extensa. Considero que a orientação antecipatória poderia diminuir as dificuldades dessa adaptação, uma vez que as famílias estariam melhor preparadas para as exigências do momento, prevenindo complicações.

A família extensa representou o principal papel de apoio para a família nuclear, com ênfase na avó materna, principal cuidadora da puérpera e do bebê neste período. A permanência da rede de apoio, junto à família, variou de 15 a 35 dias, a maioria no domicílio da família nuclear. Todas valorizaram muito esse apoio, considerando-o imprescindível, apesar de terem sentido-se incomodadas, às vezes, com a presença de muitas pessoas em casa. Também, perceberam-se confusas e inseguras com a infinidade de palpites da rede de apoio.

Novamente, como na questão da adaptação, a família beneficiar-se-ia estando orientada, pois poderia sentir-se mais segura para optar pela melhor forma de agir em relação ao "bombardeio" de opiniões que a cerca. Essas orientações, na medida do possível, devem incluir as avós e os pais, tendo em vista o papel preponderante exercido por eles nesse momento. Orientar a família para poder limitar as visitas e garantir um ambiente tranqüilo no domicílio, também deve ser um tema incluído na educação em saúde para a família em expansão.

A **organização do cotidiano da família**, após o nascimento do bebê, sofreu mudanças, principalmente no âmbito doméstico. Foram as mães que mais sentiram essas mudanças, pois interromperam suas vidas profissionais e passaram a ficar disponíveis 24 h para o bebê. Sentiram necessidade de auxílio nas tarefas domésticas e dificuldades para reorganizar seu cotidiano. O casal demonstrou preocupação em não perder seu espaço em função do bebê. Acredito ser importante orientar as famílias de que este é um momento transitório e que não se vai perpetuar.

Na organização no âmbito público, também, foram as mães que mais preocuparam-se com o seu futuro retorno ao trabalho, em relação a conciliar trabalho e amamentação e também com quem deixar o bebê. Os pais preocuparam-se em ter que deixar a mãe sozinha com o bebê quando fossem trabalhar.

Percebe-se a ineficiência do apoio social para as mães que trabalham fora do lar. A quase inexistência de creches, principalmente, próximas ao local de trabalho que permitam à mãe manter a amamentação e a ineficiência do transporte público na cidade, dificultam o retorno ao trabalho e, às vezes, até impedem esse retorno.

Novamente, a avó materna surge como opção para cuidar do bebê enquanto a mãe trabalha.

A maneira com que a **família cuida dos seus membros** e as dificuldades para realizar este cuidado apareceram no estudo, principalmente em relação aos cuidados com o bebê. O choro do bebê foi um fator ansiogênico para os pais que tiveram dificuldades para entender o motivo do mesmo, utilizando, muitas vezes desnecessariamente, medicamentos antiespasmódicos. Dificuldades na manipulação e higiene do bebê, principalmente do coto umbilical e do banho, ficaram demonstradas. As famílias também mostraram estar despreparadas para prevenir ou lidar com as complicações do aleitamento materno, bem como desconhecer a fisiologia do mesmo. Esse fato trouxe problemas que poderiam ter sido evitados com a educação em saúde.

As famílias mantiveram uma supervisão constante ao bebê, muitas vezes até exagerada, devido ao grande receio de que algo pudesse acontecer a ele. Assustavam-se com reações e reflexos normais do recém-nascido, demonstrando desconhecê-los. Esse fato, mais a disponibilidade permanente solicitada pelo aleitamento, deixou as mães bastante cansadas e irritáveis, sendo uma das causas da sua oscilação de humor. Considero que as características do recém-nascido normal devam ser incluídas nos programas de educação em saúde, a fim de tranquilizar as famílias, na medida em que elas possam identificar se o que o seu bebê apresenta é normal ou não.

As necessidades de cuidado pela puérpera foram sentidas principalmente nos primeiros dez dias e relacionaram-se aos desconfortos físicos, devido à episiorrafia ou à recuperação pós-cirúrgica da cesariana e às complicações mamárias. O auxílio nas tarefas domésticas apareceu como importante para a recuperação e tranquilidade neste período. Acredito que a família deva ser orientada sobre a necessidade de organizar-se em relação a quem vai ajudá-la após o nascimento do bebê.

As famílias que foram atendidas pelo SUS não tiveram nenhum tipo de encaminhamento ou assistência à puérpera, com exceção de uma, que procurou espontaneamente pelo serviço. Percebo este fato como uma grande falha nos serviços de saúde, que não tem o atendimento à puérpera normatizado.

Muitos mitos e credices populares estiveram presentes nas famílias, como o perigo do 7º dia, o uso da faixa umbilical, o receio de lavar o cabelo, o medo do frio, os

"quebrantes". Constatei que o uso de chás caseiros é um hábito forte entre as famílias, mesmo sendo contrário a recomendação dos profissionais de saúde. As famílias ficaram confusas em relação a seguir as orientações profissionais ou populares e sua decisão esteve muito ligada ao tipo de interação da família com o sistema de saúde. Acredito que o vínculo do usuário com o serviço de saúde, que respeite seus saberes, possa aproximar o sistema profissional do popular, tornando esta interação mais resolutive.

Os **sentimentos e percepções da família** foram bastante intensos após o nascimento do primeiro filho. Em relação ao momento que estavam vivendo, apareceu a labilidade emocional das mães, que foi justificada por elas devido ao estresse de ficar todo o tempo disponível para o bebê, por se sentirem despreparadas e surpresas com a situação vivenciada e pelo receio de não retomarem a vida anterior ao bebê. Os pais também relataram terem sentido mudanças importantes no seu cotidiano. A satisfação em poder amamentar e a preocupação com o aspecto corporal também foram sentimentos evidenciados. Para algumas avós, o nascimento dos netos foi percebido como uma renovação, um "começar de novo".

Novamente apareceu a necessidade de preparar a família sobre as vivências que a esperam e sobre a normalidade dos sentimentos gerados por elas, para que não sintam-se culpadas por não sentirem somente felicidade com o nascimento do bebê.

As famílias perceberam o bebê com um ser frágil e por isto sentiram medo de manuseá-lo e também de que algo de ruim pudesse acontecer, principalmente a asfixia pelo vômito.

Os pais sentiram-se satisfeitos por terem filhos saudáveis e também felicidade e responsabilidade com a presença do bebê. Perceberam a influência do seu estado emocional sobre o bebê e sua reação a diferentes estímulos. A família extensa também participou destes sentimentos. A impaciência com o bebê mais irrequieto, assim como o ciúmes em relação a ele foram sentimentos encontrados.

Na percepção da família sobre o atendimento do sistema de saúde, encontrei aspectos positivos, como a atitude humanizada de alguns profissionais e aspectos negativos, como posturas autoritárias e frias de outros profissionais. A percepção de que o atendimento pelo SUS é de má qualidade foi encontrada, ao mesmo tempo em que isto é considerado por eles como normal e justificável devido à falta de tempo dos

profissionais. A falta de vínculo com o serviço de saúde e o fato do hospital não encaminhá-los para a continuidade do acompanhamento pós-parto fizeram com que as famílias não o procurassem. Somente as famílias que receberam atendimento privado fizeram revisão pós-parto e consulta de puericultura.

Estes achados mostram que os serviços de saúde estão negligenciando as necessidades de acompanhamento das famílias no pós-parto, encaminhando-as unicamente para a vacinação após 15 dias, onde o atendimento fica restrito a vacina. As famílias ficam "soltas" e seguem quase que exclusivamente as orientações do sistema popular de saúde. O serviço de saúde é procurado somente nos casos de doenças e algumas complicações com o bebê ou com a mãe. Também revelam a continuidade da relação de submissão usuário-profissional, em que as decisões deste último são mantidas através de uma postura autoritária, que não leva em consideração as necessidades da família.

Na questão das **relações da família** após o nascimento do primeiro filho, surgiu a interação com o bebê, que na maioria das famílias foi muito boa. Os pais, em alguns momentos, ficaram um pouco excluídos da relação com o bebê. Na família em que houve dificuldade na interação, esta deu-se em virtude das características do temperamento do bebê e da dificuldade de adaptação da mãe ao momento. É importante que a enfermeira possa estar atenta a estas dificuldades, para poder auxiliar a família a estabelecer o vínculo com o bebê.

As famílias relataram que houve modificações no relacionamento do casal, mas que não foram muito intensas. As maiores modificações observadas foram na divisão de tempo e atenção entre os pais e o bebê, bem como no relacionamento sexual. A maioria dos conflitos que surgiram foram motivado por excesso de tarefas da mãe e pouca participação do pai.

O relacionamento da família nuclear com a extensa foi muito bom e importante para o equilíbrio das famílias. Observei poucas situações de conflitos, causadas por divergências quanto ao cuidado com o bebê. De maneira geral, o nascimento do bebê aproximou as famílias.

Dois aspectos foram observados quanto às **necessidades da família** após o nascimento do bebê. O primeiro diz respeito aos aspectos financeiros, que foram relatados por todas as famílias. A necessidade de medicamentos e a preocupação pelo

fato da mãe ter que parar de trabalhar, diminuindo a renda familiar, num momento em que as despesas estão aumentando, foram citadas. Algumas famílias compraram planos de saúde privados e outras ficaram sem opções, pois o sistema público não atendeu a todas suas necessidades, ferindo um de seus princípios, que é a integralidade.

O segundo aspecto que surgiu com ênfase foi a necessidade de educação em saúde. Foram observadas diversas carências de informações, que poderiam ter proporcionado segurança e tranqüilidade para as famílias, prevenindo inúmeras complicações. A maior fonte de informações que tiveram foi através de livros e da rede de apoio social. Muito pouca orientação veio da rede de saúde, mesmo da privada. As famílias referiram que gostariam de ter sido orientadas e que acharam bom ter um profissional de saúde na sua casa para poderem falar sobre suas dúvidas e dificuldades. Também acharam bons os folhetos educativos entregues no hospital, após terem sido estimuladas por mim a lê-los, mostrando a necessidade de que sejam trabalhados pela equipe de enfermagem, observando o momento certo para fazê-lo, devido às condições da mãe após o parto. O alojamento conjunto é um espaço que precisa ser aproveitado para ações educativas, que devem incluir as avós e os pais.

A partir dos resultados desta investigação, algumas considerações podem ser feitas a respeito do cuidado à família em expansão.

Este cuidado deve iniciar, se possível, antes mesmo da concepção, através 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 acredito que a orientação em grupos seja mais eficaz, a individual também é importante, tendo em vista que nem todas as famílias 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 continuada 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.

Uma formação acadêmica que inclua o referencial teórico de assistência à família, principalmente no âmbito domiciliar é essencial para que as outras considerações possam realizar-se. Nesta questão, destaco 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.

A expectativa desta pesquisadora é que estas reflexões possam subsidiar o cuidado às famílias e a formação de novos profissionais, bem como estimular outros pesquisadores a aprofundarem este tema, acompanhando as famílias em fases posteriores a deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, M. E. D. A. de. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.
- ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n. 1/2, p. 7-14, jan./dez. 1999.
- ALTHOFF, C. R. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n. 1/2, p. 49-56, jan./dez. 1999.
- ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGAMI, N. B. B.; BERTHOUD, C. M. E. Família em fase de aquisição. In: BERTHOUD, C. M. E., CERVENY, C. M. de O. (org.). **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Relações familiares**. Curso de pós-graduação 1999 (mimeografado).
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; SIMIONATO-TOZZO, S. M. P. O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. **Paidéia - Cadernos de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP**, v. 8, n. 14/15, p. 137 - 150, 1998.
- BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I., RIBEIRO, A. C. **Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995.
- BOECHS, A. E. Famílias vivenciando a chegada de um recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2/3, n. 45, p. 165-171, abr/set. 1992.
- BOYD, S. T. Base conceptual para la intervencion de enfermeria con las familias. In: HALL, J.; WEAZER, B. (org.). **Enfermeria en salud comunitaria: un enfoque de sistemas**. Washington: OPAS, 1990.
- BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A família na rede de apoio da gestantes, **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 103-106, jan./dez. 1999.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-infantil**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.
- BRAZELTON, T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (resolução 196/96)**. Diário Oficial da União 16/10/1996:21082-21085.

- BURROUGHS, A. **Uma introdução à Enfermagem Materna**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CAMPOS, N. H.; URZÚA, R. F., POLANCO, I. S. **Família y salud familiar, un enfoque para la atención primaria**. Santiago, Bot Of Sanit Panam, v. 98, n.2, 1985.
- CARRARO, T. E. A mulher no período puerperal: uma visão possível. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 1997.
- CASTIEL, S. **Notas acerca das transformações da família e do casamento - contribuições da História Social**. Porto Alegre: CEAPIA, 1993 (mimeografado).
- CENTA, M. de L.; ELSESEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 15-20, jan./dez. 1999.
- CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (org.). **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- DESSEN, M. A.; LEWIS, C. Como estudar a "família" e o "pai"? **Paidéia**, Cadernos de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, v. 8, n. 14/15, p. 105-121, 1998.
- DONOSO, M. T. V. Ansiedade materna e suas possíveis repercussões na criança: um relato de experiência. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p.42-44, jul./dez., 1997.
- ELSESEN, I.; MARCON, S. S. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1999.
- FERRARI, D. M. O puerpério - sua importância na formação da família, **FEMINA**, v. 22, n. 10, p. 508-518, out./1994.
- GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas, **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, n. 91, p. 7-22, nov. 1994.
- GOLDENBERG, D. S. La familia, un paciente olvidado. **Revista ROL de Enfermería**, n. 223, p. 25-30, marzo 1997.
- GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- GORINI, M. I. P. C. **Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial: implicações educacionais**. Porto Alegre, 2000. Tese (Doutorado) - Fac. De Educação, PUCRS.
- HALEY, J. **Terapia não convencional**. São Paulo: Summus, 1991.
- MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**. V.1,2 Petrópolis: Vozes, 1989.
- _____. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MINUCHI, C.; FISHMAN, S. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Roge, 1997.

- MORETTI, E. **Saúde da mulher: problemas comuns da gravidez.** Passo Fundo: UPF, 1993.
- NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Pelotas: Ed. Universitária, 1999.
- OSORIO, L. C. **Família Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. **Desenvolvimento Humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- PARSE, R. R., COYNE, A. B., SMITH, M. J. **Nursing Research: qualitative methods.** Baltimore: Brady Communications, 1985.
- PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da família.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- PIZZATO, M. G.; POIAN, V. R. L. **Enfermagem neonatológica.** Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1982.
- POLI, L. M. C.; ZAGONEL, I. P. S. Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimentos. **Revista Família Saúde Desenvolvimento.** Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 33-38, jan./dez. 1999.
- RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. A mãe primípara e o cuidado do filho após a alta hospitalar: problemas sentidos e evidenciados. **Revista Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 9, n.1, jan./abr. 1990.
- ROCHA, F. L. Depressão puerperal - Revisão e atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Editora Científica Nacional, v. 48, n. 3, 1999.
- SANTOS, B. R. L. dos. Relações familiares e identidade de gênero: uma contribuição para a assistência de enfermagem à família em expansão. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 17., n.2, p. 92-99, jul. 1996a.
- _____. **Educação, enfermagem e prática profissional com famílias: vivências de professores de um curso de graduação.** Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/ Faculdade de Educação, 1996b. Tese (Doutorado).
- SEIBEL, H. Dinâmica dos Maus Tratos à Criança; Características do Adulto Maltratante e da Criança Maltratada; O Maltrato como Perturbação do Vínculo Mãe-Filho, **Revista Pesquisa Médica,** Porto Alegre, v.2,n. 26, p. 51-52, 1992.
- SILVA, I. A. **Amamentar - uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- WINNICOTT, W. D. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.** 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

ZAGURY, T. Onde se aprende a ser pai e mãe?. **Revista de Educação AEC**, v. 23, n. 93, out./dez., 1994.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ANEXOS

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR A COLETA DE DADOS

Ilmo. Presidente do Hospital Santa Terezinha

Prezado Senhor

Ao cumprimentá-lo, cordialmente, vimos, através deste, solicitar a sua permissão para realizarmos uma entrevista a algumas puérperas do Hospital Municipal Santa Terezinha, com o objetivo de selecionar famílias para participarem de uma Pesquisa Acadêmica que faz parte do curso de Mestrado em Enfermagem que estou realizando junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo desta pesquisa é **conhecer as vivências da família quando retorna ao lar com o primeiro filho**, e terá continuidade no domicílio após esta seleção inicial feita no hospital.

Esta pesquisa pretende subsidiar o atendimento à saúde das famílias nesta fase do seu ciclo vital.

Todas as famílias serão informadas dos objetivos do estudo, terão seu anonimato garantido e assinarão um consentimento informado, podendo desistir da participação no momento em que desejarem.

Certos de seu interesse em ações que possam vir a qualificar a assistência à saúde da comunidade, desde já agradecemos e despedimo-nos, aguardando resposta.

Atenciosamente,

Dr^a. Beatriz R. L. dos Santos
Orientadora

Enf^a. Cássia R. G. Medeiros
Mestranda

Anexo B

ENTREVISTA INICIAL PARA A SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Prontuário nº	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>	Escolaridade	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>		

QUESTÕES:

1. A senhora e seu bebê receberam alta?

2. A senhora reside com quem?

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

O estudo " As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho", pretende descrever as vivências da família nesta fase de sua vida. De que forma ela organiza-se, quais as mudanças que ocorrem, que tipo de apoio social que recebem.

Estão previstas algumas visitas na casa da família, em torno de 4, mais uma visita inicial ainda no hospital. A família será entrevistada, observada, e a entrevista será gravada, para o qual solicitamos autorização.

O estudo orientará os profissionais de saúde sobre a melhor forma de auxiliar as famílias que estão recebendo seu primeiro filho.

A família poderá esclarecer dúvidas que tiver em relação à saúde do recém-nascido.

Se forem detectadas situações que precisem de atendimento, a família será encaminhada à Unidade Básica de Saúde.

As pesquisadoras responsáveis por este projeto de pesquisa são a enfermeira mestranda CÁSSIA R. GOTLER MEDEIROS e a orientadora Prof^a. Dr^a. BEATRIZ R. LARA DOS SANTOS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Fone: 321-4582.

Pelo presente Consentimento Livre e Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, sem ser obrigado, sobre os objetivos e a forma como minha família participará desta pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta relacionada com a pesquisa;
- da liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer dificuldade para minha família;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o anonimato e a privacidade da minha família.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do/a representante da família

Assinatura da pesquisadora

Anexo D

DIÁRIO DE CAMPO

Família

Nº da observação: Dia da semana: Hora: Nº de dias pós-parto:

	Observações:
--	--------------

Anexo F

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

- Como foi a chegada do bebê em casa?
- Como a família está adaptando-se com a chegada do bebê?
- Como vocês estão sentindo-se neste momento em relação a ser pai e mãe?
- Quais as necessidades que surgiram após o nascimento do bebê?
- Tiveram algum problema ou conflito neste momento?
- Quem está fazendo e como está sendo realizado o cuidado ao bebê e à puérpera?
- Que tipo de ajuda você gostaria de receber neste momento?
- Quem está ajudando a família neste momento?
- Como estão as relações entre mãe/pai, mãe/filho e pai/filho?