

FAMÍLIAS VIVENCIANDO A CHEGADA DE UM RECÉM-NASCIDO *

Astrid Eggert Boechs **

RESUMO – É um estudo decorrente de um trabalho prático de assistência de enfermagem a famílias com recém-nascido, utilizando o processo de enfermagem. As famílias situam-se no estrato social baixo e são nascidas e residentes em Florianópolis, SC. Verificou-se a relação entre as famílias de origem e o casal, e a influência desta na forma de cuidar do recém-nascido. Conclui-se que, nas famílias do estudo, há uma relação estreita do novo casal com a família de origem e auxílio entre as mulheres no cuidado ao recém-nascido. Isto irá resultar em cuidados efetuados pela família que diferem muitas vezes daqueles orientados pelos profissionais de saúde.

ABSTRACT – This is a study performed through a practical nursing attendance work carried out with families having a newborn, and performing the nursing process. The families in the study belong to a low social class, being born and residing in Florianópolis, Santa Catarina. The relation between the families of origin and the couple (parents), as well as the influence exerted by such relation upon ways of dealing with the newborn, have been verified. The conclusion that has been drawn is that, among the families studied, a close relationship exists between the young couple and the original family, mutual help among the women exists even in caring for the baby. This whole picture will result in a family administered care which often differs from the care given by health professionals.

1 INTRODUÇÃO

FONTOURA CARTANA[§], no seu trabalho na Comunidade da Costa da Lagoa, verificou que as pessoas consideradas como da família e que têm entre si uma afeição são as que proporcionam suporte social nas diversas situações especiais como: levar a mulher na maternidade para o parto, ajudar a cuidar do recém-nascido (RN), dar conselho sobre uma criança doente.

No Brasil, onde as instituições de assistência à população não satisfazem às necessidades da população, principalmente dos estratos sociais baixo e marginalizado[¶], a família tem um importante papel a desempenhar.

Os integrantes do sistema formal de saúde^{***}, onde se inclui a enfermagem, à medida que ampliam a compreensão sobre o papel das famílias de suas clientela, passará a valorizá-la aproveitando o suporte desta para colaborar na saúde dos clientes.

Atualmente, alguns progressos foram feitos

nas instituições hospitalares brasileiras, como por exemplo, muitas maternidades retiraram os recém-nascidos dos berçários deixando-os com suas mães. Os hospitais, principalmente os que atendem crianças, começaram a diminuir o rigor dos horários de visitas, pelo menos para os pais.

Na nossa prática de enfermagem, especialmente junto a gestantes, mães com seus RN na maternidade, observamos que a família vem tentando participar, obter informações, sugerir cuidado. Porém a ausência de conhecimentos sobre essas famílias e sua capacidade de suporte nos impediam de confiar maior participação às mesmas.

No intuito de contribuir para aumentar o conhecimento nesta área, este estudo visa apresentar resultados de um trabalho prático com famílias do estrato social baixo, ao receber o primeiro filho de um casal, em Florianópolis, Santa Catarina. Estes resultados serão compara-

* Prêmio Wanda Aguiar Horta – 2º Lugar – 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Florianópolis – SC.

** Enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

*** Instituições de saúde e pessoas que nelas trabalham considerados legítimos e legais para isto, têm requisitos ditados por leis como alvará de funcionamento e, penosas com formação formal para a atividade que exerce.

dos com bibliografias que tratam da questão em situação semelhante, em classes sociais diferentes, bem como em casos em que os casais freqüentam cursos de preparação de gravidez. A análise será efetuada ao redor dos seguintes eixos:

- o que se considera como família;
- relação da família de origem com o casal de uma forma geral e por ocasião do nascimento e cuidado ao RN

E finalmente discutiremos sobre a influência das famílias na maneira de cuidar do RN e o confronto dessas orientações com o sistema formal de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a família assume grande importância na vida das pessoas, seja entre a cúpula dos políticos, no estrato dominante que procura de alguma maneira nomear um parente para um cargo público, ou estrato marginalizado, onde o migrante arranja mais um "lugarzinho" no seu barraco, para o parente que vem chegando do interior.

Segundo PRADO¹⁰, no Brasil, há diferenças concretas nas formas de família entre os estratos sociais. No estrato dominante, a família se mantém ainda de forma extensa, isto é, formando um grande conjunto, sendo guiado por um membro, controlando o patrimônio familiar e de certa forma, a própria vida dos seus membros. No estrato médio, a família tende ser nuclear mas profundamente mergulhada na rede de parentesco.

Ainda segundo este mesmo autor, é no estrato marginalizado que há maior diversidade nas formas de família. Entre estas, podemos citar:

- aglomerados de solidariedade de pessoas da mesma origem que se consideram família;
- famílias nucleares em que o casal não é unido por laços legais;
- famílias chefiadas por mulheres, não somente por ausência do marido (viuvez, separação) mas também, porque em certos meios é freqüente que a mulher assuma as responsabilidades do lar e da família. Esta forma de família também é apontada por WOORTMANN¹⁴ na sua pesquisa em favela de invasão em Salvador. Porém FONSECA⁴ aponta uma grande instabilidade da família e a superioridade do homem, num trabalho realizado em favelas na cidade de Porto Alegre.

Em famílias de estrato baixo, nascidas e residentes em Florianópolis - SC, temos o trabalho de FONTOURA CARTANA⁵ que realizou uma pesquisa sobre rede e suporte social das famílias da Costa da Lagoa, uma comunidade que tem acesso regular à cidade apenas pelo mar, guardando portanto muitos costumes de

sua origem açoriana. As famílias dessa comunidade vivem a sua grande maioria da pesca artesanal, possuem casas em situação legal, e se enquadram no estrato baixo segundo RIBEIRO¹¹. Consideram família, os filhos, às vezes incluindo também netos e bisnetos. Um outro sentido adicional é morarem na mesma casa e, um terceiro sentido é "ser do coração", isto é, as pessoas gostarem sinceramente do outro. Assim, um parente consanguíneo não sendo "do coração" não faz parte da família. Nesta comunidade para aprender a cuidar dos filhos, as mães geralmente utilizam da experiência das avós da criança. Quando a mãe e filha têm boas relações, será esta avó a preferida para os ensinamentos sobre como cuidar do RN, caso contrário, a paterna assumirá este papel. Particularmente no primeiro filho, as avós têm grande importância na avaliação do estado de saúde do RN e nas alternativas de tratamento.

As demais mulheres da vila, segundo a autora, também têm um papel no cuidado com a saúde das crianças. Quando se encontram, as mulheres falam sobre o estado de saúde de seus filhos, ouvem explicações, sugerem tratamentos, compartilham experiências. Se espera que irmãs, mãe, sogra, vizinha, comadre prestem algum tipo de ajuda nas tarefas domésticas durante o "resguardo" da mãe.

SCAVONE¹³, na pesquisa em região de pescadores do Maranhão, encontrou estes dados onde as mulheres mais idosas da família são as orientadoras dos cuidados nas enfermidades dos netos.

Ainda segundo FONTOURA CARTANA⁵, na Costa da Lagoa as pessoas fazem uma classificação das faixas etárias de forma diferente do que é feita no sistema de saúde formal. Assim nesta comunidade ela encontrou 5 (cinco) grupos etários:

- nenê;
- rapaz pequeno;
- moças ou raparigas e moços e rapazes;
- mulher ou homem;
- velha ou velho.

Desta forma, o RN, tal como é concebido no sistema formal de saúde: de 0 a 28 dias de vida, está nesta comunidade incluído no grupo nenê que é considerado desde o nascimento até o início da marcha independente. Cuidar dos "nenês" inclusive em relação a sua saúde, é tarefa feminina para esta população, como mães, avós, tias, irmãs, madrinhas.

BOEHS, MONTICELLI, ELSEN² numa pesquisa realizada com mães do estrato baixo e marginal de uma maternidade de Florianópolis, sobre a percepção dos cuidados a serem prestados no primeiro mês de vida, referiram à necessidade de uma pessoa mais "experiente" para auxiliar no cuidado. Com maior freqüência foi citada a própria mãe, depois a sogra, ou ainda

irmãs ou vizinhas que já foram mães e portanto têm experiência. É importante ressaltar a ausência dos homens na opinião destes cuidados como o avô, o pai. Os próprios profissionais de saúde não são mencionados, uma vez que, para certos problemas que o RN possa apresentar, ou certas preocupações que as mães tenham com relação a certos cuidados, a pessoa experiente ajuda a resolver.

Devido à influência destas pessoas experientes mencionada no trabalho de BOEHS, MONTICELLI, ELSÉN², e da influência das avós (mãe, sogra) no cuidado do nenê, segundo FONTOURA CARTANA⁵ resulta a utilização de cuidados ao RN que algumas vezes são diferentes daqueles orientados na maternidade. Segundo CAMPOS³ a mãe fica, então, muitas vezes, entre a orientação do profissional do sistema de saúde formal e as da família.

Para citar apenas alguns exemplos desta discordância podemos mencionar o cuidado com o coto umbilical. A orientação mais freqüentemente realizada nas maternidades e citada na bibliografia (PIZZATO⁹, MARCONDES⁹) é:

- não utilizar outras substâncias sobre o coto além de solução antisséptica;
- não dar banho de imersão antes da queda do coto umbilical.

Estas medidas visam a prevenção de infecções.

Porém, segundo BOEHS, MONTICELLI, ELSÉN² a preocupação da família é outra quando orienta seus cuidados. No caso do coto umbilical, para prevenir o "umbigo saltado" e para permitir o manuseio mais seguro da criança, há necessidade da faixa sobre ele.

Para apresentar uma outra forma de cuidado ao RN, cito SALEM¹² que apresenta um trabalho sobre a trajetória de casais do estrato médio que freqüentam cursos para "casais grávidos", no Rio de Janeiro. Para os homens e mulheres que abraçaram esta proposta, o casal é uma unidade individualizada e nucleorizada, destacada da unidade de parentesco. Assim, a gravidez, nascimento e cuidado da criança diz respeito somente ao casal. As famílias de origem não são atores significativos e mais do que isto, são apontados (principalmente a mãe e a sogra), como perturbadores potenciais na experiência, de gravidez, parto e pós-parto.

Para observar a prática desta proposta, a autora entrevistou casais que tinham abraçado na primeira gestação esta linha de orientação, e verificou que este tipo de proposta resultou numa certa frustração, num "caos", como foi definido por certas informantes, principalmente no pós-parto. O cuidado exclusivo ao recém-nascido, sem ajuda das famílias de origem, criou di-

ficuldades na própria relação entre o casal. Muitos casais acabaram desistindo da proposta, e chamaram a mãe ou sogra para auxílio, ou na segunda gravidez abandonaram esta forma de orientação.

ALMEIDA¹ em seu trabalho sobre a época de gravidez, parto e pós-parto com casais alternativos * mostra as mudanças ocorridas no estrato médio no que se refere à relação do casal com a família de origem e o relacionamento com os profissionais de gravidez e pós-parto entre as mães da década de 50 e de suas filhas na década de 80. Na década de 50, quanto à relação com a família de origem, as mães, avós, tias maternas e irmãs mais velhas aparecem como fontes de aconselhamento e exemplos a serem seguidos. 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. Enquanto que, na década de 80 a mãe e família de origem chegam a representar um obstáculo e uma interferência negativa para uma gravidez e pós-parto genuínos. Aqui entra um outro eixo que é a questão dos papéis do homem e da mulher. Enquanto que na década de 50, o homem era apenas um provedor dos bens materiais, na década de oitenta, ele está intensamente envolvido no cuidado ao RN. Portanto, nesta "nova maternidade" do estrato médio, os papéis femininos e masculinos já não são tão distintos.

Quanto à relação com o profissional de saúde, segundo ALMEIDA¹, na década de 50 havia uma distância rígida entre este e a família, sendo que o profissional exercia uma ação fiscalizadora dos cuidados a serem seguidos. Na década de 80, vários profissionais entram em cena tanto na gravidez como no pós-parto: ginecologista, o especialista do corpo, o pediatra, e a relação é de amizade e simpatia. Segundo a análise da autora sobre a ideologia desta mudança, a mulher, ao tentar libertar-se da família com suas orientações para viver uma maternidade mais genuína, acaba dependente dos especialistas, não alcançando a tão almejada maternidade completa e liberta.

Portanto, podemos verificar duas formas diferentes em situar a família e viver esta fase de gravidez, nascimento e cuidado do recém-nascido. Na comunidade da Costa da Lagoa onde a maioria das pessoas se situa no estrato social baixo, o aprendizado da maternidade ainda se constitui na transmissão de experiência entre as mulheres da família, semelhante ao que ocorre no estrato médio da década de 50 de uma grande cidade. Por outro lado, atualmente no estrato médio, os seguidores de uma orientação mais moderna consideram esta experiência e o auxí-

* Por alternativa este autor entende casais que seguem uma linha naturalista, adeptos de cursos de preparação de gravidez com profissionais como psicólogos, médicos homeopatas e especialistas do corpo.

lio das mulheres da família como um obstáculo para a concretização de uma proposta nova onde os principais protagonistas são os próprios pais e os profissionais.

Assim, a maneira de se considerar família também é diferente nas duas situações. Enquanto que na primeira, o casal está intrinsecamente ligado com a família de origem, na segunda situação, ele tenta se colocar de forma nuclearizada e independente.

3 METODOLOGIA

Os dados deste trabalho foram coletados ao longo da Disciplina Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem. Esta coleta de dados, orientada através de instrumentos, foram necessários para propiciar as ações de enfermagem dentro de uma metodologia própria denominada Processo de Enfermagem*. Este processo, norteado por um marco teórico, se propunha a trabalhar com a família, tentando entender o que esta considerava como cuidado necessário ao RN e tentando, sempre que possível, um acordo.

Este acordo se fazia no sentido de não impor nossas orientações, mantendo as experiências já conhecidas pela família, tentando reformular conceitos mas somente quando os cuidados já efetuados pela família fossem prejudiciais à saúde do RN. Por outro lado, tentávamos nos reformular e nos reorientar quando nossas concepções fossem contrárias às das famílias.

Os critérios para escolha se baseava em mães primíparas, previdenciárias, internadas no alojamento conjunto da maternidade, que na situação atual, fossem casadas ou tivessem companheiro. Além disso, procuramos escolher mães cujas famílias tivessem moradia na parte insular da cidade de Florianópolis.

Acompanhamos 4 (quatro) famílias durante a internação da mãe e RN na maternidade em torno de 2 (dois) dias e posteriormente a domicílio e uma somente na maternidade.

Na maternidade contactávamos no período da manhã, somente com a mãe, quando juntas fazíamos o cuidado ao RN, isto é, a higiene completa, curativo do coto umbilical, auxílio na amamentação e outros. No período da tarde, mantínhamos um contato com a família, observando os familiares prestando alguns cuidados e, no momento da alta, tínhamos oportunidade de mais um contato com a família geralmente, o pai do RN, avó ou tia.

Das 5 (cinco) famílias que acompanhamos na maternidade, 4 (quatro) foram acompanhadas no domicílio em 3 (três) visitas: a primeira, em torno do 3º dia pós alta, para observarmos o cuidado ao RN, que nesta época ainda está com

o coto umbilical; e a mãe, após apojadura do leite, inicia os primeiros problemas com as mamas, e ainda em função de observar a presença do pai que neste período ainda está em licença paternidade. A segunda, em torno do 10º ao 13º dia em função dos ajustamentos da amamentação e cuidados ao RN. A terceira, em torno do 25º ao 28º dia, período no qual termina a fase neonatal e a mãe segundo critério do sistema formal de saúde está terminando a fase de puerpério.

A todas as famílias foi explicado que se tratava de um trabalho de curso e solicitava-se autorização para visita a domicílio. Sendo assim, das 5 (cinco) famílias apenas 1 (uma) não foi acompanhada no domicílio devido a não autorização da mesma. Porém utilizamos os dados colhidos na maternidade, uma vez que a mãe e outros familiares concordaram em fazer parte do estudo.

Para protegermos a identidade das famílias colocamos nos nossos registros de arquivo as iniciais ou um nome fictício das pessoas envolvidas. O registro dos dados foi realizado na enfermagem da maternidade sempre que havia disponibilidade de tempo, e na visita domiciliar logo após a visita. Não utilizamos gravador para não prejudicar a liberdade e a confiança criada entre nós.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os integrantes das famílias** na sua maioria, nasceram e sempre residiram em Florianópolis, Santa Catarina. A família nº 1 reside no Córrego Grande, um bairro que antigamente se constituía em área rural de descendentes açorianos. Atualmente bastante modificado com a afluência de pessoas vindas de outros locais. A família nº 2 reside no bairro de Itacorubi, sendo que a família de origem do esposo mora no Córrego Grande e da esposa no Itacorubi. Este bairro é vizinho com o Córrego Grande e tem características semelhantes. A família nº 3 reside na Lagoa da Conceição, local outrora uma vila de pescadores de origem açoriana e que hoje tem sua realidade modificada com o turismo e a vinda para este local de pessoas da cidade. Na família nº 4, os pais e irmãos do esposo ainda residem no estado do Paraná e a família da esposa reside há mais de 30 anos em Florianópolis. Residem numa área do morro do Mocotó. A família nº 5 nasceu e sempre residiu na Ponta das Canas, uma praia e vila de pescadores de origem açoriana. Todas as famílias foram consideradas como pertencentes ao estrato baixo,

* Processo de enfermagem - forma organizada de prestar o cuidado de enfermagem constando de coleta de dados, diagnóstico, plano, implementação e avaliação dos cuidados prestados.

** Família aqui é consagrado no sentido amplo; o casal e suas respectivas famílias de origem, conforme o que os casais mencionaram sobre os elementos formadores da família.

uma vez que, moram em casa considerada regular (mesmo a família nº 4 que mora no Morro do Mocotó considerado favela, a residência está num terreno considerado legal, além de ser uma moradia confortável). Os membros das famílias de forma geral, e pelo menos 1 (um) membro do casal, estão no mercado regular de trabalho, possuem previdência, sendo que o casal da família 1 (um) e 4 (quatro) tinham além do INPS ainda o convênio das firmas onde os esposos trabalhavam, tendo possibilidade de utilizar uma clínica particular para fazer o pré-natal, bem como consultas com o pediatra. O nível de instrução dos casais e outros membros da família variou desde o nível primário até o 2º grau incompleto.

O casal da família 1 (um) mora sozinho numa casa recebida da família de Edina (o nome é fictício) ao lado da família desta. O casal estava casado há 3 (três) anos quando Edina engravidou por opção deixando de utilizar anti-concepcional oral. Os casais da família 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro) e 5 (cinco) uniram-se recentemente, já durante a gravidez. Os casais da família 4 (quatro) e 5 (cinco) já realizaram o casamento formal; os outros ainda o farão brevemente. A situação destes quatro casais está de acordo com o que refere FONTOURA CARTANA⁵, “na Costa da Lagoa os namorados costumam fugir e depois, casam-se”. É uma prática aceita por todos e objetiva evitar gastos com o casamento formal. É também usada quando a moça engravida. Vão para casa de algum parente para passar a primeira noite, depois moram ali ou vão para a residência do rapaz até construírem sua moradia.

Devido à união recente, os casais das famílias 3 (três) e 5 (cinco) residem com a família de origem do esposo, e o casal da família 4 (quatro) reside com a família de origem da esposa. O casal da família 2 (dois) apesar de morar sozinho num apartamento do edifício onde são zeladores, receberam os móveis da casa das famílias de origem.

Todos os casais quando perguntados sobre quem consideravam integrantes da família, responderam na sua maioria que os pais, irmãos, sogros e cunhados eram parte da família. Esta resposta está em parte de acordo com o que foi encontrado por FONTOURA CARTANA⁵ na Costa da Lagoa, onde consideram família as pessoas que moram juntas, os consanguíneos e ainda “as pessoas do coração”. Em ambos os casos família é encarada de uma forma ampla diferentemente do que foi mencionado por SALEM¹² onde o casal pretendia considerar-se destacado de sua rede de parentesco.

De forma geral, pode-se dizer que os 5 (cinco) casais deste trabalho, tinham uma estreita relação com as famílias de origem. Isto ocorreria porque residiam próximos ou na mesma casa. A união do casal na maioria dos casos era

recente e estavam ainda recebendo auxílio financeiro da família.

Na ocasião do nascimento do filho do casal, houve intensa participação dos membros das famílias de origem no cuidado deste e auxílio em outras tarefas da casa, tais como lavagem das fraldas e outros. Na família 1 (um), a avó materna foi a pessoa que deu conselhos sobre cuidado e, a vizinha após a queda do coto, ajudou a dar o primeiro banho. Mas devido à experiência da mãe, ela mesma cuidou e decidiu sobre a maioria dos cuidados. Na família 2 (dois) a avó materna que morava próxima, vinha todos os dias para dar banho e fazer o curativo. Nas famílias 3 (três) e 5 (cinco) foi a avó paterna a principal orientadora dos cuidados, uma vez que moravam na mesma casa. Na família 4 (quatro) foi a vizinha que ajudou e orientou nos cuidados ao RN, pois a avó materna tinha um emprego em tempo integral e a paterna morava em outra cidade. Somente no caso da família 2 (dois), o esposo auxiliou nos afazeres da casa durante o período da licença paternidade, e na família 1 (um) o esposo ajudava a arrumar a mesa. Estes dados estão de acordo com o que foi referido por FONTOURA CARTANA⁵ na Costa da Lagoa onde a mãe ou a sogra são as pessoas que orientam as novas mães, e as irmãs, vizinhas ou comadres auxiliam nos afazeres da casa. Portanto, podemos ressaltar que a intensa relação entre as famílias continua no momento do nascimento, havendo uma relação de ajuda entre as mulheres no cuidado ao RN. Nestas questões os homens como o próprio pai do RN, os avós, tios ficam mais distantes. Esta situação, segundo ALMEIDA¹ “é típica dos anos 50 no estrato médio”, pois nos anos 80 neste mesmo estrato, casais que seguem cursos de gravidez consideram as famílias de origem como um obstáculo para o cuidado ao RN (ALMEIDA¹, SALEM¹²).

Esta intensa relação dos casais com as famílias de origem, o auxílio e conselho das mães, sogra, irmãs no cuidado do RN observados nestas famílias está de acordo com ALMEIDA¹ no estrato médio, na década de 50. Porém, segundo este autor e segundo SALEM¹², na década de 80, para os casais que seguem uma linha moderna fazendo cursos de gravidez, as famílias de origem representam um obstáculo para cumprir as prescrições de tudo o que representa uma gravidez, parto e cuidados ao RN modernos.

Aliado a esta questão está a questão do papel do esposo que ainda é a nosso ver nas famílias do estrato baixo estudadas, o que ALMEIDA¹ coloca como o que ocorria na classe média na década de 50. O esposo mais um provedor material do que alguém engajado efetivamente na “troca de fralda”, pois aqui a relação mais intensa com a família de origem, a solidariedade entre as mulheres, fazem com que continue de

certa forma uma separação dos papéis femininos e masculinos.

Como último ponto na discussão destes dados, queremos apresentar a influência desta intensa relação seja com as famílias de origem que se estende para os cuidados ao RN, seja com dos conhecimentos orientados na maternidade. Como já foi citado anteriormente, todas as mães estiveram na maternidade durante 24 a 48 horas no máximo, recebendo orientações de uma enfermeira. Tiveram ainda uma palestra sobre cuidados ao RN e puerpério no momento da alta, além de orientações do banco de leite sobre amamentação.

Na família 1 (um) conforme já citado anteriormente a avó materna foi a principal conselheira no cuidado do RN. Porém, apesar dos conselhos, a mãe do RN seguiu as orientações da maternidade na maioria dos cuidados, procurando sempre um reforço quando a visitávamos na sua casa.

“Gostaria de saber, não precisa dar chá mesmo? minha sogra disse que precisava.”

Nos pareceu que a experiência prévia com cuidados a crianças numa instituição favoreceu a segurança desta mãe em seguir as orientações da maternidade. Aqui poderíamos também inferir conforme o que foi citado por CAMPOS³ que uma certa independência financeira como foi neste caso, também favorece uma independência das opiniões da família de origem.

Na família 2 (dois), 3 (três) e 4 (quatro), as mães, sogras ou vizinhas orientaram cuidados diferentes do que foi orientado na maternidade como por exemplo: colocação da faixa umbilical (família 2, 3 e 4), banho de imersão antes da queda do coto umbilical (família 2) não colocação do RN em posição mais elevada para eructar (família 2, 3 e 4). O casal da família 2 apesar dos conselhos e da ajuda da mãe de Silvana (o nome é fictício) em várias ocasiões recorreram ao conselho dos vizinhos do edifício onde moravam, e em duas ocasiões recorreram ao hospital para sanar dúvidas.

Muitos conselhos sobre cuidados ao RN que foram prestados a estas novas mães pelas suas mães, sogras, vizinhas, visavam prevenir problemas que o profissional do Sistema de Saúde não considera assim. Enquanto que este orienta cuidados para prevenir outros problemas que a população não o vê assim. Por exemplo, enquanto a família se preocupa em colocar uma faixa de tecido própria sobre o coto umbilical do RN para prevenir o “umbigo saltado”, o profissional do sistema formal de saúde não considera esta preocupação e a desaconselha, uma vez que aquece o local, favorecendo a infecção. Esta ambigüidade de orientações faz a mãe optar por uma ou outra orientação conforme referiu a mãe da família 4 (quatro).

“Eu coloquei a faixa, pois eles (vizinhos e

parentes) dizem tanta coisa”.

Ocorre então com o RN, a mesma situação referida por CAMPOS³ com relação ao “resguardo” “de um lado, está o antigamente a influência familiar, do outro, o hoje em dia, os recursos de saúde”.

Esta afirmação “dizem tanta coisa” referida pela mãe da família 4 (quatro) bem como o que foi referido pela sogra, na família 5 (cinco): “o nenê é tão pequenino, precisa de muito cuidado, deve estar sempre muito bem agasalhado tudo muito limpinho, muito direitinho”, mostra que a criança recém-nascida está na percepção destas pessoas numa fase especial onde há necessidade de muito cuidado. Observa-se de diferentes formas esta referência especial ao cuidado. MOTTA MAUÉS, MAUÉS⁷ no seu trabalho sobre o Modelo de “reima” e representações alimentares em uma comunidade amazônica, explica essas restrições alimentares nas diferentes situações de liminaridade entre a saúde e doença segundo o modelo de GENNEP⁸ o qual coloca o estado da criança nos primeiros anos de vida, a menstruação, a gravidez, o parto, o puerpério, a convalescença, como estados onde mais facilmente pode-se passar de um estado de saúde para doença. Assim as inúmeras orientações populares no cuidado ao RN podem ser vistas como medidas preventivas para evitar esta fácil transposição entre um estado de saúde para o estado de doença.

Podemos observar que estas cinco famílias tiveram orientações tanto do sistema formal de saúde como também de suas famílias. No caso da mãe da família 1 (um) houve um seguimento maior das orientações da maternidade de, enquanto que as outras, em muitos aspectos, seguiram as orientações da família ou também de vizinhos, principalmente no que se referia a cuidados para prevenir doenças, que não se encontram no quadro de doenças do sistema formal de saúde.

Existe a procura dos profissionais do sistema formal de saúde e todas as famílias tinham acesso a ele. Porém, na nossa análise, esta relação está mais de acordo com a referida por ALMEIDA¹ para o estrato médio da década de 50 onde o profissional estava mais distante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas 5 (cinco) famílias pudemos observar a íntima ligação do casal com as famílias de origem. Ligação esta, que vai desde a menção de que todos são família, a uma certa dependência financeira relacionada na maioria com a moradia. No cuidado ao RN, as mulheres da família, mães, sogras, irmãs ajudaram dando conselhos e cuidando do RN, como também realizando uma ajuda substancial nos afazeres da casa. Esta ajuda em um dos casos, também, foi feita por vizinhas. O esposo, com algumas

exceções, permaneceu distante deste cuidado mais direto ao RN.

Este auxílio das mulheres da família principalmente das mães ou sogras faz com que alguns cuidados ao RN sejam efetuados de forma diferente do que são orientados na maternidade.

De uma forma geral todos estes pontos levantados nestas famílias residentes em Florianópolis perenentes ao estrato baixo, diferem do que foi apresentado por SALEM¹², ALMEIDA¹ para famílias dos estratos médios em grandes centros, que optam por uma proposta moderna de maternidade. Os casais no estrato baixo têm uma concepção de família, relação com a família de origem de forma geral e no cuidado ao RN, relação com os profissionais do sistema formal de saúde muito semelhante aos casais do

estrato médio da década de 50.

Portanto, os integrantes do sistema formal de saúde entre eles a enfermagem, não podem desconsiderar esta realidade quando trabalham com a gestante no pré-natal, durante o parto e puerpério na maternidade e mesmo depois quando esta mãe vai procurar uma instituição de saúde para ela ou seu filho. A tendência é deixar o pai, avó ou mesmo aquela vizinha influente no lado de fora da porta, quando na verdade está se perdendo uma valiosa oportunidade de acrescentar conhecimentos para ambos, família e profissional. Considerando de forma positiva esta integração e auxílio mútuo dos integrantes da família especialmente nesta fase, estaremos promovendo saúde da mãe, filho e da família como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.I.M. "A nova maternidade" uma ilustração das ambiguidades do progresso de motivação de famílias. In: FIGUEIRA, S.A. (org.) *Uma Nova Família?* Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- 2 BOEHS, A.E., MONTICELLI, M., ELSÉN, I. Percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida *Rev. Ciências da Saúde*, 7/8, (1/2), p 151-161, 1988/1989.
- 3 CAMPOS, M.S. *Poder, Saúde e Gosto*. São Paulo: Cortez, 1982.
- 4 FONSECA, C. Aliados e rivais na família: o conflito entre consagífneos e afins em uma vila portoalegrense. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 4 (2): jun. 1987.
- 5 FONTOURA CARTANA, M. do N. Rede e Suporte Social de Famílias. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UFSC, 1988.
- 6 GENNEP, A. Van. *Os Ritos de Passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- 7 MAUES, R.N., MOTTA MAUES, M.A. O modelo da "reima" representações alimentares em uma comunidade amazônica. *Anuário Antropológico* 77, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.
- 8 MARCONDES, E. *Pediatric Básica*. São Paulo: Sarvier, 1988.
- 9 PIZZATO, M.G., POIAN, V.R. da *Enfermagem Neonatológica*. 2. ed. Porto Alegre: Luzzato, 1985.
- 10 PRADO, D. *O que é a Família*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.
- 11 RIBEIRO, D. *O dilema da América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- 12 SALEM, T. A trajetória do "casal grávido": de sua constituição e revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S.A. (org.). *Cultura e Psicandúse*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- 13 SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. *Cad. Pesquisa*, São Paulo, n 54, p 37-49, ago. 1985.
- 14 WOORTMANN, K. *A família de mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/CNPq, 1987.