

A PRESENÇA DAS AVÓS NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO

Fernanda Ribeiro Baptista Marques*
Mayckel da Silva Barreto**
Elen Ferraz Teston***
Sonia Silva Marcon****

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar o papel das avós no processo de cuidado aos recém-nascidos de risco no primeiro ano de vida. O estudo é descritivo-exploratório e foi realizado com famílias de crianças de risco nascidas no município de Maringá-PR no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2008. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas nos domicílios em seis momentos distintos. O processo de interpretação de conteúdo foi utilizado como suporte para a interpretação dos dados. Os resultados demonstram que a mãe é a principal responsável pelos cuidados ao filho e que o apoio recebido na realização dos cuidados com o bebê é pequeno, porém significativo, principalmente nos momentos difíceis. A presença das avós possibilita às mães sentirem-se mais seguras e amparadas para o cuidado com o bebê, ao mesmo tempo em que a falta de apoio torna-as mais frágeis para cuidar da criança. Conclui-se pela necessidade de valorização das avós no processo de expansão das famílias uma vez que sua participação proporciona melhor qualidade de vida para a mãe e o bebê, especialmente os de risco, que necessitam de cuidados mais frequentes.

Palavras-chaves: Relações Mãe-Filho. Relações Familiares. Apoio Social.

INTRODUÇÃO

O recém-nascido (RN) de risco é aquele que apresenta imaturidade funcional, requerendo, logo após o nascimento, um ambiente que seja capaz de suprir suas necessidades básicas e lhe ofereça proteção. Durante o período gestacional a mãe desenvolve uma sensibilidade especial que lhe permite compreender intuitivamente as necessidades do filho e de exercer suficientemente bem o cuidado materno. A qualidade deste cuidado, por sua vez, é assegurada pelas condições do ambiente em que ela vive, pois a mãe também necessita de suporte e aconchego, requisito imprescindível para capacitá-la para o atendimento às necessidades da criança⁽¹⁾. Essa função protetora é inicialmente desenvolvida por familiares, principalmente pelas avós, podendo também incluir amigos e vizinhos.

Esse tipo de proteção pode ser definido como “apoio social” e está relacionado com o grau em que as relações interpessoais correspondem a

determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com maior ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções⁽²⁾. É um processo que possui efeitos tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio, permitindo que as pessoas ampliem sua autonomia e a sua capacidade de assumir o cuidado de si⁽³⁾.

Esse apoio provém primariamente da família, considerada uma unidade de cuidado em que se efetivam os relacionamentos de pessoas que vivem juntas e comprometidas⁽⁴⁾. A família também constitui o primeiro espaço de socialização do indivíduo. Assim, os valores, a concepção de mundo e a maneira de se portar diante das dificuldades da vida assumidos pelas famílias funcionam como uma forma de referência para as mães dos bebês, influenciando, por conseguinte, a formação de sua identidade⁽⁵⁾.

Assim, a família configura-se como um grupo enriquecido por crenças, valores, atitudes

* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM), Bolsista Capes. Maringá-PR. E-mail: fernandarbm@hotmail.com

** Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem na UEM, Bolsista Capes. Maringá-PR. E-mail: mayckelbar@gmail.com

*** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UEM, Bolsista Capes. Maringá-PR. E-mail: elen-1208@hotmail.com

**** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde e em Enfermagem da UEM. Maringá-PR. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

e práticas múltiplas, além de constituir-se como uma estrutura complexa, por conviver com dificuldades, diferenças e encontros/desencontros. O que se estabelece entre os membros pode ser chamado de rede social ou de apoio, e é de importância fundamental, pois atua como suporte. Não obstante, o fato de existirem redes não significa que haverá um suporte adequado e que a família receberá o apoio esperado. Cabe salientar que não existe suporte sem rede, porque o suporte é a manifestação de apoio de um indivíduo a outro.

O papel da rede social na vida de uma pessoa é fundamental, pois atua como auxílio, além de manter a saúde mental para o enfrentamento de situações estressantes. A rede de suporte da mãe, por exemplo, é constituída por seus familiares, parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e até mesmo profissionais – enfim por pessoas que a auxiliam e lhe oferecem algum tipo de suporte⁽⁶⁾.

O apoio advindo das avós forma uma base segura para a mãe e se constitui num comportamento de cuidado que pode ser exemplificado pela tradição de ida da avó para a casa do RN ou da mãe com o bebê para a casa da avó no período pós-parto. Isto ocorre porque as avós querem ajudar suas filhas/noras a se tornarem mães bem-sucedidas, com propensão a desenvolver comportamentos de proteção, conforto e suporte -ingredientes de cuidado e de sobrevivência do RN⁽⁷⁾.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo identificar o papel das avós no processo de cuidado ao RN de risco no primeiro ano de vida.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter descritivo e foi realizado com mães residentes no município de Maringá – PR cujos filhos nascidos no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2008 foram incluídos no Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco.

Este programa existe no município desde o ano 2000, e tem como propósito acompanhar todos os bebês que, ao nascimento, apresentem fatores considerados de risco, como baixo peso

ao nascer (< 2500 g), pontuação do apgar ≤ 7 no 5º minuto de vida, idade gestacional inferior a 36 semanas, idade materna <17 anos, presença de anomalias, ser filho de mãe HIV+ e outros critérios que incluem, por exemplo, a condição socioeconômica e/ou o uso de drogas pela mãe.

A equipe de vigilância epidemiológica do município visita todos os hospitais diariamente para preencher a ficha de nascidos vivos. Quando identificado o nascimento de uma criança em condições de risco, a equipe é incluída no programa ainda durante a internação hospitalar, ocasião em que é preenchida uma ficha de admissão em duas vias, das quais uma é armazenada e arquivada mês a mês no Setor de Vigilância e a outra é encaminhada à unidade básica de saúde (UBS) de referência da família, de acordo com o local de sua residência.

No período em estudo foram incluídos no Programa de Vigilância do RN de Risco de Maringá 384 crianças, mas apenas 238 foram acompanhadas, visto que em 42 casos (10,9%) houve recusa por parte das mães em participar do estudo, em 21 casos (5,4%) a família foi excluída por residir em outro município, em 51 casos (6,7%) a família mudou para outro município ou mora no mesmo, mas não deixou endereço, em 11 casos foi fornecido endereço inexistente (2,8%), em 17 casos a criança foi a óbito (4,4%) e em 05 casos (7,5%) o RN só foi acompanhado por duas, três ou quatro visitas.

As crianças incluídas no estudo foram acompanhadas por um período de doze meses, por meio de seis visitas domiciliares: aos quinze e quarenta e cinco dias e aos três, seis, nove e doze meses de vida. Nos casos em que os RN permaneceram internados por mais de trinta dias, a data da alta hospitalar, e não a data do nascimento, foi o momento de referência para as visitas domiciliares, visto ser comum RN com baixo peso, e em especial os com muito baixo peso (MBP) ou prematuros extremos permanecerem hospitalizados por longos períodos.

As visitas tiveram duração de trinta a cento e oitenta minutos e em todas elas foram coletados dados por meio de entrevista e exame físico da criança. Durante a visita foi utilizado um instrumento semi-estruturado, com gravação das questões abertas. As visitas tiveram o objetivo de coletar dados da família, da mãe e

da criança. Alguns dados foram coletados uma única vez e outros em todas as visitas.

Para a coleta de dados foram constituídas dez equipes de pesquisa, compostas por acadêmicos de enfermagem, enfermeiros voluntários e docentes, todos devidamente treinados. Cada equipe ficou responsável pela coleta de dados junto às famílias pertencentes a um número fixo de UBS, de modo que, na medida do possível, os bebês foram acompanhados em todas as visitas ao longo dos doze meses pela mesma equipe.

Os dados de cada bebê/família foram arquivados por equipe em pasta individualizada, identificada com o nome da mãe e o número da visita. Os dados quantitativos eram arquivados em planilhas e os provenientes de gravação foram transcritos semanalmente e digitados. Para a tabulação, processamento e análise dos dados foi utilizado o programa Excel for Windows 2007. Os resultados estão apresentados em tabelas de frequência absoluta e relativa. Os dados de natureza qualitativa foram submetidos a um processo de categorização inicial.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (Parecer N.º 451/2008). A solicitação para participar do estudo foi feita pessoalmente, junto a todas as mães cujos filhos se enquadravam nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Nesta ocasião foram informados os objetivos do estudo, o tipo de participação desejado o número de visitas inicialmente previsto, a duração provável de cada visita e a livre opção em participar ou não sem qualquer prejuízo para a assistência destas crianças. Após o esclarecimento de dúvidas, as mães que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para garantia do anonimato na apresentação dos trechos dos discursos das mães, foram utilizados nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados coletados permitiram identificar que as avós ocuparam uma posição de destaque

dentro da família que vivencia a experiência da chegada de um RN de risco, seja apoiando, seja orientando os pais.

As mães dos RN em estudo, em sua maioria, referiram ter recebido alguma forma de ajuda para cuidar do bebê, proveniente principalmente de seu núcleo familiar, com destaque para suas próprias mães e sogras, as quais se constituíram como as fontes de apoio mais significativas, vindo em seguida os maridos. Esta realidade confirma a presença das avós na construção social da família.

A tabela 1 apresenta as respostas obtidas ao questionamento, em todas as visitas, sobre o principal responsável pelo cuidado à criança ao longo do primeiro ano de vida.

Tabela 1- Principal responsável pelos cuidados do bebê ao longo do primeiro ano de vida, segundo informações da mãe. Maringá – PR, 2010.

Responsável	N*	%
Mãe	1046	71,4
Pai	2	0,1
Avó Materna	39	2,6
Avó Paterna	10	0,7
Mãe e pai	54	3,8
Mãe e avó	93	6,3
Mãe, pai e avós	13	0,9
Outros (tios, babás, irmãos)	209	14,2
Total	1466	100

* Mais de uma resposta.

Pode-se verificar nesta tabela que além de a mãe assumir a responsabilidade pelo cuidado do bebê, há uma maior frequência de participação da avó materna em relação à paterna, provavelmente em função de uma maior afinidade das jovens mães com suas próprias mães.

Em uma pesquisa realizada em Petrolina – PE com mães, pais, avós de RN de risco e profissionais de saúde, pôde-se evidenciar, por meio do depoimento dos pais no grupo de "apoio pais-para-pais", a importância da participação das avós, tanto no ambiente hospitalar quanto em casa, sempre com o objetivo de apoiar a nova família em sua expansão⁽⁸⁾.

A participação do pai como cuidador praticamente só existe quando associado à mãe, visto que em apenas duas visitas ele foi citado

como o cuidador principal. Esta situação reafirma a ideia de que muitas vezes as avós prestam os cuidados em lugar dos pais, por vários motivos, como, por exemplo, a proximidade das moradias e a disponibilidade daquelas para assumir o cuidado durante o dia, quando os pais estão no trabalho.

Apesar de se constatar que as mães são as principais cuidadoras dos RN de risco, a grande maioria referiu ter recebido alguma forma de apoio, mesmo que não diariamente ou na proporção desejada ou necessária. Esse apoio provinha predominantemente de seu núcleo familiar mais próximo, com destaque para suas próprias mães e sogras, e foi notado principalmente nos momentos em que houve algum problema ou intercorrência com o filho.

Quando eu tive problema eu procurei a minha sogra (Daniela).

Quando ela tava com cólica ou quando eu não sabia como cuidar, o que fazer, eu procurei minha mãe, minha irmã e meu marido (Francisca).

Em nascimentos de bebês saudáveis o pai tem sido referido como a principal fonte de apoio social à mãe, devido à frequência e intensidade da relação entre eles; porém outros adultos que moram com o casal ou residem próximo também têm potencial para influenciar as práticas parentais, podendo cumprir a mesma função de um cônjuge que dá apoio. Os principais provedores de apoio social mencionados pelas mães participantes da pesquisa foram as avós, as vizinhas e os pais dos bebês, o que concorda com os resultados de outro estudo realizado com quarenta e quatro mães que participaram de um projeto desenvolvido na região metropolitana de Porto Alegre⁽⁷⁾.

As avós sempre ocuparam uma posição de destaque dentro da família, principalmente com a chegada de um neto, pois ela apresenta muitas vezes maior disponibilidade do que outros membros da família. Além disso, com sua maior experiência, acaba apoiando, orientando e mesmo substituindo o pai ou os pais.

Elas são cuidadoras significativas no âmbito familiar. Cuidam dos membros da família, principalmente de suas filhas e noras na fase puerperal. Transmitem-lhes seus conhecimentos e sua cultura, são valorizadas e respeitadas por

sua experiência e vivência, especialmente nos cuidados com os RN⁽⁹⁾.

O apoio social às famílias durante os períodos de transição no nascimento de filhos é imprescindível, pois auxilia na manutenção da saúde mental e no enfrentamento de situações de estresse como, por exemplo, a doença, aliviando o estresse físico e mental. Além de ser importante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos, esse apoio é oferecido às pessoas de acordo com suas necessidades, na maioria das vezes pelas avós dos RN⁽¹⁰⁾.

A presença das avós cuidadoras, por sua vez, está intimamente relacionada ao aumento da expectativa de vida da população, culminando nos últimos anos na maior proporção do número de crianças que não apenas conhecem suas avós ou bisavós, mas convivem com elas. Trata-se de uma realidade recente, pois até pouco tempo não era comum os netos possuírem vínculos com os pais de seus pais⁽¹¹⁾.

A influência das avós como cuidadoras ocorre de forma particular em algumas situações específica, como gravidez na adolescência, a mãe trabalhar fora de casa, a criança ter alguma necessidade especial, a mãe ser drogadita, ou mesmo a morte dos pais. É possível afirmar que as avós desempenham o papel de cuidadoras independentemente do espaço em que isso possa ocorrer, seja no seio familiar, nos hospitais ou na vizinhança⁽¹²⁾.

Também é preciso considerar que durante as situações estressantes as mães solicitam mais apoio. A disponibilidade do apoio social facilita uma maternidade saudável, principalmente quando a mãe está sob condições estressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro bebê-mãe, além de afetar diretamente a criança através do contato dela com os membros desta rede de apoio⁽¹¹⁾.

Assim, verificamos que foi por ocasião da primeira e das últimas visitas que as tarefas relacionadas com o cuidado foram mais partilhadas, ou seja, em que ocorreu a participação mais efetiva de outras pessoas. Nas primeiras isto ocorria porque as mães estavam inseguras quanto aos cuidados e necessitavam de ajuda para superar esta insegurança.

Minha mãe que me ajuda a cuidar dela, eu não sei direito, é minha primeira filha" (Silvana).

Minha sogra mora do lado, daí quando eu vim do hospital ela ficava aqui o dia inteiro me ajudando, é muito pequenininho (Camila).

Nas últimas visitas foi comum as mães já terem voltado a trabalhar e por essa razão necessitarem de alguém para assumir o cuidado do filho durante sua ausência:

Minha mãe, ela que mais me auxilia que mais, fica aqui comigo, como diz mãe é mãe. Facilita saber que eu tenho orientação da minha mãe, né! Ela fica perto, você fica um pouquinho mais tranquila (Juliana)

Agora eu voltei a trabalhar, ela fica com a minha mãe. (Luciana)

Quem me ajuda a dar o Nan de dia é minha mãe (Ana).

Embora de uma forma geral seja a avó materna quem se faz mais presente na hora de ajudar a mãe do RN de risco, constatamos que a relação entre nora e sogra pode ser administrada de forma saudável, e que a aproximação entre elas ocorre à medida em que ambas amadurecem emocionalmente e compreendem-se mutuamente, conscientizando-se de que elas não precisam competir entre si, já que cada uma exerce um papel diferente. Desta forma, a nora pode encontrar na sogra um elemento facilitador para o cuidado do filho⁽¹³⁾.

Em todas as visitas as mães foram questionadas sobre quem realizava um conjunto de atividades que envolvem o cuidado de uma criança, e suas respostas revelaram mais uma vez que as mães eram quase sempre as principais responsáveis por desempenhá-las (tabela 2). Além disso, também foi confirmada, mais uma vez, a forte participação das avós, as quais desempenham principalmente atividades relacionadas com o banho e com o preparo e oferta da alimentação⁽¹⁴⁾. Em um estudo sobre a dinâmica familiar por ocasião do nascimento e puerpério foi observado que as avós quase sempre realizavam o banho do RN e o curativo no coto umbilical, pois ao olhar da mãe, esses procedimentos exigem habilidades de pessoas mais experientes⁽⁷⁾.

As atividades exercidas pelas avós correspondem muitas vezes àquelas relacionadas com um papel tido como exclusivo do universo feminino, as quais têm como característica o fato de serem realizadas predominantemente quando os pais homens estão ausentes. Nesta tabela, observa-se ainda um aumento da participação paterna, especialmente em atividades fora do ambiente doméstico (passeios e idas ao médico).

Tabela 2 – Responsável pelas atividades específicas de cuidados com o bebê durante o primeiro ano de vida*. Maringá – PR, 2010.

Responsável	Mãe		Pai		avós		Outros		Mais de um Responsável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Banho	860	72,9	5	0,4	40	3,4	21	1,8	253	21,5	1179	100
Administração de remédio	916	79,3	4	0,3	38	3,2	11	0,9	185	16,3	1154	100
Preparo da alimentação	853	73,8	3	0,2	37	3,2	13	1,2	250	21,6	1156	100
Oferta da alimentação	844	73,0	3	0,2	29	2,5	11	0,9	270	23,4	1157	100
Passeios	563	49,6	12	1,1	24	2,1	22	1,9	514	45,3	1135	100
Idas ao médico	711	60,6	6	0,5	12	1,0	7	0,6	438	37,3	1174	100
Sono e repouso	720	61,1	17	1,5	15	1,3	11	0,9	415	35,2	1178	100

* Os números referem-se ao total de respostas obtidas nas seis visitas.

** Em outros estão incluídos babás, irmãos e tios do bebê.

Constata-se assim que os suportes sócioemocionais oferecidos pelos familiares, principalmente aqueles oferecidos pelas avós, podem ser significativos para a mãe e seu filho, pois as tarefas domésticas e o atendimento às necessidades da criança são ações repetitivas e

rotineiras, por essa razão, muitas vezes a mãe tem a sensação de estar sozinha e o tempo todo envolvida com o cuidado. Nessas situações o apoio social é primordial para que elas adquiram confiança pessoal, capacidade de cuidar, vontade

de viver e autoestima, fatores que contribuem com o desenvolvimento saudável da criança⁽¹²⁾.

De fato, a avó disponível em tempo integral representa uma escolha segura para os pais que precisam de alguém que tome conta de seus filhos enquanto eles trabalham. Isto se deve ao fato de eles confiarem na avó, que, por pertencer à família, pressupõe-se que cuide com muito amor e carinho. Ademais, isto representa uma poupança em termos econômicos, pois a avó prepara a alimentação dos netos, dá-lhes banho quando necessário, enfim presta-lhes todos os cuidados de vida diários sem nada cobrar. Além disso, alguns estudos têm apontado a importância dessa atividade para a saúde mental das avós, embora também identifiquem que nem sempre estas querem essa responsabilidade⁽¹⁵⁾.

Com ela também, é praticamente tudo com ela (amiga), porque aqui em casa eu não me dou bem para conversar (Marcela).

Não tem ninguém aqui por perto, minha mãe mora longe, é só eu (Monica).

Não tenho ninguém [choro] (Marilda).

Diante destas falas, podemos inferir que as mães sentem-se sozinhas quando não recebem apoio de nenhum familiar, o que as leva a busca a ajuda de outras pessoas pertencentes à sua rede de amizade. Na verdade, muitas vezes esse vácuo poderia e deveria ser preenchido ou mediado pelos profissionais de saúde nas consultas de acompanhamento da criança, participando do processo dinâmico da rede social e adequando-se às situações de cada indivíduo para manter firme sua integridade e identidade, bem como os laços e vínculos com um grupo de pessoas⁽¹⁶⁾. Dessa forma as mães iriam sentir-se apoiadas e mais seguras quanto à realização do cuidado ao seu RN, além de mais preparadas para a realização de um cuidado de qualidade.

Vale lembrar que com a redução sistemática no tamanho das famílias nas últimas décadas tem ocorrido uma diminuição da rede social e familiar de apoio com que as mães podiam contar para auxiliá-las na criação de seus filhos. Isso também vem associado a uma mudança no papel assumido pelas mulheres, marcado principalmente por sua inserção no mercado de trabalho, uma vez que as avós e mães necessitam fazer dupla jornada: ficam fora do

domicílio durante um longo período e depois realizam as atividades domésticas, o que interfere no relacionamento entre elas.

Para obter um espírito cooperativo e fontes de suporte na família é necessário compreender suas limitações, respeitar suas dificuldades e reconhecer que cada uma tem um tempo próprio para assimilar as mudanças e os modos de enfrentamento da situação. Além disso, as tarefas familiares necessitam ser reajustadas de forma mais amena e tranquila, para que não haja sobrecarga para nenhum de seus membros⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam a figura das avós como elo importante da rede social da família em expansão, elas contribuem ativamente para a formação e crescimento dos indivíduos enquanto seres humanos. Elas, sem dúvida, ao cuidarem de seus netos, compartilham e transmitem saberes, facilitando a maternagem especialmente das mães de “primeira viagem” e daquelas inseridas no mercado de trabalho, e assim contribuindo ativamente para a formação e o crescimento de seus netos.

Um dos papéis importante das avós é a transmissão de saberes sobre o cuidar infantil, através das suas experiências de vida. Elas transmitem às suas filhas ou noras aquilo que sabem. Por isso se pôde verificar que as mães deste estudo se sentiam mais protegidas e amparadas quando tinham suas mães e/ou sogras por perto para os primeiros cuidados com o bebê, especialmente quando se tratava de um bebê de risco. Nem mesmo quando a criança cresce a mãe deixa de prescindir da ajuda das avós, as quais passam a atuar como facilitadoras do cuidado e até a assumir o papel de cuidadoras principais, pelo menos enquanto os pais trabalham.

Assim, consideramos importante que os profissionais de saúde incluam as avós em suas práticas assistenciais, pois muitas vezes são elas quem passa a maior parte do tempo com as crianças. Também é importante que os profissionais de saúde reconheçam o verdadeiro papel das avós no processo de vida dos indivíduos e da própria família. Neste contexto, os programas e as equipes de assistência às

famílias que visam à melhoria da qualidade de vida da comunidade devem considerar a importante participação das avós no processo de viver e de cuidar do bebê, além de ter um papel relevante na rede de apoio dessas mães. Da mesma forma, também é necessário identificar as situações em que as mães não podem contar com esse apoio, pois nesses casos, com certeza, as necessidades desta família estarão

exacerbadas, exigindo assim maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

Por fim consideramos relevante a realização de mais estudos sobre o papel das avós como cuidadoras na sociedade moderna, em virtude das significativas implicações que podem existir, as quais envolvem o processo de envelhecimento, o papel da mulher na terceira idade, a educação da criança e o vínculo entre mãe e filho e entre avó e neto.

THE PRESENCE OF GRANDPARENTS IN THE QUOTIDIAN OF FAMILIES WITH INFANTS BORN AT RISK

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the grandparents' role in the process of care given to an infant born at risk. This is a descriptive-exploratory study carried out with families of infants born at risk in the municipal district of Maringá - PR from May 1 to October 31, 2008. Data was collected through semi-structured interviews accomplished at the individual's domiciles in six different moments. The process of content interpretation was used as support for the interpretation of data. The results showed that the mother is the main provider of the child care and that the support received is little, however significant, mainly in the difficult moments. The grandparents' presence allows the mothers to feel safer and supported on the baby care process. However, the lack of the same support turns them more fragile to face the task. It is concluded that there is a need of valuing the grandparents' role in the extended family process considering their participation provides better life quality for mother and the baby, especially the ones at risk who need more frequent assistance.

Keywords: Mother-Child Relations. Family Relations. Social Support.

LA PRESENCIA DE LAS ABUELAS EN EL COTIDIANO DE LAS FAMILIAS DE RECIÉN NACIDOS DE RIESGO

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar el rol de las abuelas en el proceso de cuidado a los recién nacidos de riesgo en el primer año de vida. El estudio es descriptivo exploratorio y fue realizado con familias de niños de riesgo nacidos en el municipio de Maringá - PR en el período de 1º de mayo a 31 de octubre de 2008. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas realizadas en los domicilios en seis momentos distintos. El proceso de interpretación de contenido fue utilizado como soporte para la interpretación de los datos. Los resultados demuestran que la madre es la principal responsable por los cuidados al hijo y que el apoyo recibido en la realización de los cuidados al bebé es pequeño, pero significativo, principalmente en los momentos difíciles. La presencia de las abuelas posibilita que las madres se sientan más seguras y protegidas para el cuidado con el bebé, al mismo tiempo la falta de apoyo las vuelve más frágiles para cuidar del niño. Se concluye por la necesidad de valoración de las abuelas en el proceso de expansión de las familias una vez que su participación proporciona mejor calidad de vida para la madre y el bebé, especialmente el de riesgo, que necesitan de cuidados más frecuentes.

Palabras clave: Relaciones Madre-Hijo. Relaciones Familiares. Apoyo Social.

REFERÊNCIAS

1. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
2. Andreani G, Custodio ZAO, Crepaldi MA. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. Aletheia [periódico na Internet]. 2006; (24): 115-26. [acesso em 18 ago 2009]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011&lng=pt.

3. Arruda DC, Marcon SS. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4): 595-602.
4. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EdUEM; 2002. p. 11-24.
5. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009; 13(1):116-22.
6. Backes DS, Sousa FGM, Mello ALSF, Erdmann AL, Nascimento KC, Lessmann JC Concepções de cuidado:

uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2006; 15 (Esp):71-8.

7. Rapopot A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 2006;16(1):85-96.

8. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MGL. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J Pediatr.* 2006; 82(4):295-301.

9. Teixeira MA, Nistchke RG, Gasperi P, Siedler, MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(1):98-106.

10. Viera CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(1):11-9. [acesso em 19 out 2009].

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>.

11. Gerondo VLS. As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados. 2006. [dissertação de mestrado] Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.

12. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

13. Chiapin G, Araujo GB, Wagner A. Sogra-nora: como é a relação entre estas duas mulheres? *Psicol Reflex Crit.* 1998; 11(3): 541-55.

14. Martins CA, Siqueira KM, MAR, Barbosa MA, Carvalho SMS, Santos LV. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2008;10(4):1015-25. [acesso em 19 ago 2009]. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>.

15. Marcon SS, Elsen I. Um estudo trigeracional sobre a experiência de famílias ao criarem seus filhos. *Cienc cuid saúde.* 2002; 1(1): 105-9.

16. Jussani NC, Serafim S, Marcon SS. Rede social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):184-9.

17. Marcon SS, Radovanovic CAT, Salci MA, Carreira L, Haddad ML, Faquinello P. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Cienc cuid saúde.* 2009; 8 (suplem.):70-8

Endereço para correspondência: Fernanda Ribeiro Baptista Marques. Rua Floriano Peixoto, nº 937, apto nº 101, Zona 7, CEP: 87030-030, Maringá, Paraná.

Data de recebimento: 24/02/2011

Data de aprovação: 25/07/2011