

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**ORGULHO DE PAI: CARTILHA EDUCATIVA PARA A
PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO PATERNO NA GRAVIDEZ**

ADRIANA MANGANIELLO

São Paulo

2012

ADRIANA MANGANIELLO

**ORGULHO DE PAI: CARTILHA EDUCATIVA PARA A
PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO PATERNO NA GRAVIDEZ**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE), para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo da Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Manganiello, Adriana

Orgulho de pai: cartilha educativa para a promoção do
envolvimento paterno na gravidez / Adriana Manganiello. --
São Paulo, 2012.

206 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luiza Akiko Komura Hoga

1. Gravidez 2. Pais 3. Promoção da saúde 4. Paternidade
5. Homens I. Título.

Nome: Adriana Manganiello

Título: Orgulho de pai: Cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE), para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Antonio e Líliana, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, me ajudando e incentivando para que eu nunca desistisse. E por acreditar que um dia eu poderia chegar até aqui.

À minha querida filha Isabelle, por seu carinho e compreensão durante todo o período que estive ausente, mesmo estando ao seu lado.

À minha orientadora e eterna amiga, Luiza, por toda sua dedicação, apoio e incentivo desde o início de minha formação.

A todos os pais, pela confiança em compartilharem seus sentimentos e experiências rumo à paternidade.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga, pela confiança, disponibilidade, oportunidades e orientação. Tenho imenso carinho por ter sido minha mentora e amiga desde o início de minha formação e por ter me dado a oportunidade de desfrutar de seus ensinamentos por todos esses anos.

À Ana Luisa Zaniboni Gomes e sua equipe, pela dedicação, carinho e competência na elaboração desta cartilha educativa.

Ao Renato Mitsuru Setoue, pela valiosa contribuição na criação das ilustrações da cartilha.

À Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno e à Profa. Dra. Ana Luiza Villela Borges, pelas contribuições e sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

À minha amiga Luciana Magnoni Reberte Gouveia, pela valiosa colaboração nas diversas etapas deste trabalho.

Às minhas irmãs Cibele Manganiello Rocha e Simone Manganiello, pela ajuda e incentivo durante a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos da Unidade Básica de Saúde Domingos Mantelli e da Faculdade Santa Marcelina, por me acolherem e me ajudarem nos momentos de angústia e incerteza ao longo destes anos.

Ao Marcello Batista Pimentel, pela colaboração cuidadosa na etapa de formatação desta pesquisa.

Ao Jorge de Lima, pela cuidadosa correção ortográfica.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento concedido para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo apoio em todas as etapas da realização deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação e da biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela atenção e disponibilização durante todo o percurso desta trajetória.

Aos membros do grupo de pesquisa Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher - NAAM, pelo apoio, carinho e trocas de experiências por todos esses anos.

A Deus pela força, proteção e coragem.

A você que, em algum momento, dispensou um pouco de sua atenção e carinho para com este trabalho. Muito obrigada.

EPÍGRAFE

Pois a coragem cresce com a ocasião.

William Shakespeare

Manganiello A. Orgulho de pai: Cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

A promoção do envolvimento paterno com a gravidez é uma recomendação mundial, considerando o limitado suporte oferecido aos pais no esclarecimento das suas dúvidas para a vivência da paternidade. As mudanças no papel paterno mostram que existe uma busca dos homens pela participação no processo da gestação, o que merece atenção como objeto de pesquisas científicas na área da assistência obstétrica. A exploração das dificuldades e possibilidades de suporte aos homens para a vivência da paternidade são aspectos essenciais a serem estudados. Os objetivos desta pesquisa foram explorar as experiências vividas pelos pais relativas ao processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; identificar as dúvidas e necessidades por orientação relativas a este processo e elaborar um material educativo, mediante inclusão de conteúdos que visam sanar as principais dúvidas e suprir as necessidades dos pais. A história oral temática foi utilizada para explorar as experiências e identificar as demandas por orientação de 17 pais que compartilharam com suas esposas do processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e primeiros cuidados com o recém-nascido. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada, com base em um roteiro com temas relativos à experiência da paternidade. Foram realizadas transcrição, textualização e transcrição de todas as narrativas. O texto final foi submetido à análise de conteúdo e organizado em 11 categorias: Os sentimentos relativos à notícia da gravidez dependeram da existência ou não de seu planejamento; Alegrias e preocupações: ambivalência em relação à incorporação do papel paterno; Dificuldades para compreender e lidar com as mudanças do ciclo grávido e puerperal; Medo de praticar sexo durante a gravidez e incompreensão do desinteresse da esposa por este assunto; Ansiedade diante da possibilidade de ter filho com problemas de saúde; Preocupações diante da proximidade do parto; Desconhecimento dos direitos e dos papéis a desempenhar no momento do parto; Atitudes e experiências distintas em relação à abstinência sexual no pós-parto; Enfrentamento de dificuldades no aleitamento materno, apesar da importância atribuída a esta prática; Valorização das orientações sobre cuidado do filho; e Mudanças no relacionamento conjugal após o nascimento do filho. Os resultados encontrados serviram de base para o desenvolvimento da cartilha educativa, que seguiu as etapas: elaboração do conteúdo com base na literatura e na adequação da linguagem, criação das ilustrações, editoração e diagramação. A primeira versão da cartilha foi elaborada e avaliada por cinco pais. A incorporação das sugestões será realizada antes da publicação da versão final do material. Ela foi denominada "Orgulho de pai - cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez" e contém informações sobre gestação, parto, pós-parto, amamentação e cuidados com o bebê. Espera-se que por meio da leitura desta cartilha, os pais sintam-se apoiados em suas demandas para a participação efetiva na gravidez, no parto e no pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Pais. Promoção da Saúde. Paternidade. Homens.

Manganiello A. Father's Pride - educational booklet to promote paternal involvement during pregnancy [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The promotion of paternal involvement with pregnancy is a global recommendation, considering the limited support offered to parents in clarifying their doubts regarding the parenthood experience. The changes in the paternal role show that men have been seeking to participate in the process of pregnancy, which deserves attention as the object of scientific research in the area of obstetric care. The exploration of the difficulties and support possibilities offered to men for the experience of parenthood are crucial aspects to be studied. The objectives of the present study were to explore the experiences of parents concerning the process of pregnancy, childbirth, postpartum, breastfeeding and care of the newborn; identify doubts and needs for guidance related to this process and draw up an educational material, through the inclusion of content aimed to addressing the main questions and meet parents' needs. The oral history was used to explore the experiences and identify the need for guidance of 17 fathers-to-be that shared with their wives the processes of pregnancy, childbirth, postpartum, breastfeeding and early care of the newborn. Data were collected through unstructured interviews, based on a script involving subjects related to the experience of parenthood. The transcriptions, textualization and transcription of all narratives were carried out. The final text was submitted to content analysis and were organized into 11 categories: the feelings related to the pregnancy news depended on whether or not it was planned; joys and concerns; ambivalence related to the assimilation of the paternal role; difficulties to understand and deal with the changes of pregnancy and puerperal cycles; fear of sex during the pregnancy and lack of understanding on the wife's indifference regarding this matter; anxiety on the possibility of having a child with health problems; concerns regarding the approach of labor; lack of knowledge on the rights and roles to perform during childbirth; different attitudes and experiences regarding sexual abstinence in the postpartum period; coping with difficulties in breastfeeding, despite the importance currently attributed to this practice; appreciation of child care support; changes in the marital relationship after the birth. The results obtained were the basis for the development of an educational booklet, which followed the steps: preparation of the content based on the literature and the adequacy of language, creating the illustrations, editing and layout. The first version of the booklet was developed and evaluated by five fathers. The incorporation of the suggestions will be made before publication of the final material. The booklet was called "Father's Pride - educational booklet to promote paternal involvement during pregnancy" and contains information on pregnancy, childbirth, postpartum, breastfeeding and child care. We expect that, when reading this booklet, fathers will feel supported in their demands for effective participation during pregnancy, childbirth and postpartum.

KEY WORDS: Pregnancy. Parents. Health promotion. Paternity. Men.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- HO** – História oral
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC** – Índice de Massa Corpórea
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PA** – Pesquisa-ação
- RN** – Recém-nascido
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mudança do centro de gravidade devido aumento do volume uterino e conseqüente projeção do abdome para frente, causando lombalgia.....	130
Figura 2.	Aparelho reprodutor feminino: útero e vagina separados pelo colo uterino	134
Figura 3.	Dilatação e esvaecimento do colo uterino durante o trabalho de parto.....	137
Figura 4.	“Bolsa” de líquido amniótico envolvendo o bebê dentro do útero.....	139
Figura 5.	Parto normal	140
Figura 6.	Parto fórcepe	141
Figura 7.	Parto cesárea	141
Figura 8.	Medidas não farmacológicas utilizadas no trabalho de parto: exercício com bola.....	144
Figura 9.	Medidas não farmacológicas utilizadas no trabalho de parto: massagem lombar	144
Figura 10.	Saída da placenta após o parto, restando a ferida placentária	145
Figura 11.	Passos para pega adequada do bebê durante a amamentação.....	
Figura 12.	Técnica de ordenha manual	151
Figura 13.	Posições para amamentação: tradicional, tradicional com o bebê apoiado sobre um travesseiro, invertida e de cavalinho.....	152

Figura 14.	Técnica utilizada para interromper a mamada sem causar traumas mamilares	154
Figura 15.	Posições para segurar o bebê: deitado no colo, posição ereta e de barriga para baixo	156
Figura 16.	Retirar toda a roupa do bebê, exceto a fralda e envolvê-lo em um pano seco	157
Figura 17.	Apoiar o bebê sob a região axilar, segurando a cabeça com uma das mãos	157
Figura 18.	Limpar os olhos do bebê do canto externo para o canto interno.....	158
Figura 19.	Lavar os cabelos do bebê mantendo as orelhas ocluídas	158
Figura 20.	Colocar o bebê na banheira apoiado em seu antebraço	159
Figura 21.	Virar o bebê na banheira apoiado em seu antebraço	159
Figura 22.	Retirar o excesso de fezes com a borda limpa da fralda	160
Figura 23.	Realizar a higiene da região glútea e genital sempre no sentido anteroposterior.....	160
Figura 24.	Manter o coto umbilical fora da fralda	161
Figura 24.	Limpeza do coto umbilical com hastes flexíveis e álcool a 70%.....	161
Figura 25.	Técnica utilizada para ajudar o bebê a eliminar o ar deglutido durante a amamentação	163
Figura 26.	Procedimento para desengasgo do bebê	164

LISTA DE TABELA

Tabela 1 –	Características pessoais dos pais	48
-------------------	--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	21
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1 AS MODIFICAÇÕES DA GRAVIDEZ.....	24
3.2 MUDANÇAS NO PAPEL PATERNO.....	25
3.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	26
3.4 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
5 TRAÇADO METODOLÓGICO.....	33
5.1 PARADIGMA QUALITATIVO.....	34
5.2 MÉTODO DE PESQUISA.....	35
5.2.1 Local e Sujeitos do Estudo.....	37
5.2.2 Procedimento de Coleta de Dados	38
5.2.3 As Entrevistas.....	39
5.2.4 Análise dos Dados.....	40
5.2.5 Aspectos éticos.....	42
5.3 ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO.....	43
5.3.1 Conteúdo.....	43
5.3.2 Composição da cartilha	44
5.3.3 Primeira versão da cartilha	45
5.3.4 Validação da cartilha.....	45
6 RESULTADOS	47
6.1 OS PAIS, OS RESPECTIVOS TONS VITAIS E SUAS NARRATIVAS.....	48
6.2 CATEGORIAS DESCRITIVAS DAS EXPERIÊNCIAS.....	100
6.2.1 Os sentimentos relativos à notícia da gravidez dependeram da existência ou não de seu planejamento.....	100

6.2.2 Alegrias e preocupações: ambivalência em relação à incorporação do papel paterno.....	102
6.2.3 Dificuldades para compreender e lidar com as mudanças do ciclo grávido e puerperal	103
6.2.4 Medo de praticar sexo durante a gravidez e incompreensão do desinteresse da esposa por este assunto.....	108
6.2.5 Ansiedade diante da possibilidade de ter filho com problemas de saúde.....	110
6.2.6 Preocupações diante da proximidade do parto	111
6.2.7 Desconhecimento dos direitos e dos papéis a desempenhar no momento do parto	114
6.2.8 Atitudes e experiências distintas em relação à abstinência sexual no pós-parto	115
6.2.9 Enfrentamento de dificuldades no aleitamento materno apesar da importância atribuída a esta prática	118
6.2.10 Valorização das orientações sobre cuidado do filho.....	119
6.2.11 Mudanças no relacionamento conjugal após o nascimento do filho	122
6.3 AS DEMANDAS DOS PAIS POR ORIENTAÇÃO E SUPORTE PROFISSIONAL.....	123
6.3.1 Gravidez	124
6.3.2 Parto.....	137
6.3.3 Pós-parto	144
6.3.4 Amamentação.....	148
6.3.5 Cuidados com o bebê	155
7 DISCUSSÃO	166
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, O ENSINO E A PESQUISA	184
REFERÊNCIAS	190
APÊNDICES.....	202
ANEXO	205

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, os profissionais e pesquisadores têm focado a atenção na mulher, quanto ao planejamento e ao desenvolvimento de programas, serviços e pesquisas da área de saúde reprodutiva. Quando os homens chegam a ser incluídos, estes recebem menos suporte que o requerido, não sendo adequadamente valorizados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando a relevância deste problema e a urgente necessidade de tomar medidas para revertê-lo, publicou a "Programming for Male Involvement in Reproductive Health" (Programação para o Envolvimento Masculino na Saúde Reprodutiva). Nesta publicação, a OMS (2002) enfatiza que os homens são marginalizados pelos serviços de saúde materna e têm acesso limitado às informações sobre os cuidados com a saúde reprodutiva. No documento, recomenda-se que as instituições de saúde e seus profissionais tomem medidas para facilitar o acesso a conhecimentos fidedignos sobre saúde reprodutiva, de modo a promover a tomada de decisões deste âmbito – e em bases científicas.

A OMS avaliou, inclusive, que a gravidez e o parto ainda estão sendo vistos como sendo do domínio exclusivo das mulheres. Conseqüentemente, a maioria dos pais não chega a se envolver ativamente na resolução dos eventuais problemas que surgem durante esta fase do curso da vida. Esta reconhecida instituição recomendou a promoção da maternidade segura, mediante a participação dos pais na gravidez e no parto, pois estes possuem papel peculiar a desempenhar nesse processo. Portanto, o pai não deve ser visto como um elemento acessório, mas sim, aliado à gestante, como um dos protagonistas do processo de gravidez, nascimento e parto.

Apesar dos avanços já alcançados no âmbito dos direitos reprodutivos, os homens continuam enfrentando dificuldades em participar ativamente dos processos sexuais e reprodutivos. Observou-se que esta realidade se origina no desconhecimento ou nas dificuldades que possuem, para entender as transformações físicas e emocionais que ocorrem ao longo do curso da vida de suas parceiras, inclusive no período grávido e puerperal (Hoga, 2007). Este problema pode resultar de outros, como a dificuldade de acessar os serviços de saúde e a escassez de programas que desenvolvem atividades educativas direcionadas aos pais.

Os pais são inadvertidamente marginalizados pelos profissionais que atuam em serviços de saúde perinatal e pelos gestores de práticas sociais, que restringem sua atenção às mães. Fatores econômicos e culturais tornam muito difícil o acesso dos pais a estes serviços, mesmo que queiram acompanhar suas parceiras quando estas vão em busca de assistência à saúde. Estimou-se que muitas providências ainda precisam ser tomadas para proporcionar a adequada correspondência entre as necessidades dos pais e o fornecimento de informações a respeito de seu papel também durante o período perinatal. Quando os pais têm oportunidade para compartilhar suas experiências, de maneira participativa e livre de possíveis reprimendas hegemônicas por parte dos profissionais, eles se mostram mais interessados e envolvidos com a gravidez de suas esposas (Reberte, Hoga, 2010).

Ao atuar profissionalmente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pude constatar a falta ou a escassa adesão dos homens nas consultas de pré-natal e nos grupos de educação e promoção da saúde desenvolvidos nestes cenários assistenciais. Ao abordar esta questão junto às gestantes ou aos próprios pais, a alegação dada para este tipo de comportamento foi a consideração da gravidez como “coisa de mulher”. Ponderaram também que os grupos educativos estão, quase que exclusivamente, direcionados a contemplar as necessidades das mulheres. Problemas como a falta de tempo e as dificuldades para se ausentar no trabalho são as razões mais referidas para o comportamento não participativo dos pais nas consultas de pré-natal e nos grupos educativos.

Diante desta realidade, ponderou-se a respeito da necessidade de mais investimentos no sentido de promover o envolvimento paterno com a gestação. Vislumbrou-se a relevância de desenvolver a presente pesquisa, com o intuito de buscar respostas aos seguintes questionamentos:

- Quais experiências os homens que se tornaram pais vivem em relação à gravidez, ao parto, ao pós-parto, ao aleitamento materno e aos cuidados com o filho recém-nascido?
- Quais são as demandas por orientação e suporte que emergem

quando os homens compartilham, com suas mulheres, as experiências relativas à gravidez, ao parto, ao pós-parto, ao aleitamento materno e aos cuidados com o filho recém-nascido?

Com base nas experiências relatadas e na identificação das demandas por orientação e suporte, foi elaborado um material educativo direcionado a estes pais, mediante inclusão de conteúdos e ilustrações de fácil compreensão. A construção de uma cartilha educativa, focada nas necessidades dos pais que compartilham com suas esposas do processo de gravidez, parto, nascimento, puerpério e cuidados com o filho recém-nascido (RN), representa uma possibilidade concreta para os pais poderem acessar conhecimentos fidedignos e aplicá-los no cuidado de si, de sua esposa grávida e de seu filho.

Certamente, a cartilha contribuirá para a diminuição das dificuldades dos pais e promoverá o envolvimento paterno no referido processo. A superação deste desafio, de âmbito mundial, merece o esforço de todas as pessoas direta ou indiretamente envolvidas.

Assim, visando trazer uma contribuição efetiva na promoção do envolvimento paterno no processo grávido-puerperal e no cuidado do filho recém-nascido, foi proposto o desenvolvimento deste estudo.

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Explorar as experiências vividas pelos pais relativas ao processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.
- Identificar as dúvidas, as dificuldades e as necessidades por orientação dos pais relativas a este processo.
- Elaborar um material educativo direcionado aos pais, mediante inclusão de conteúdos que visam sanar suas principais dúvidas, superar dificuldades e suprir necessidades relativas a este processo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, são apresentados os dados da literatura sobre as modificações próprias da gravidez, do parto, do pós-parto e de seus reflexos para os pais, as mudanças no papel paterno e a promoção e educação para a saúde nesta fase da vida familiar.

3.1 AS MODIFICAÇÕES DA GRAVIDEZ

A gravidez é um período marcado por transformações físicas, emocionais e sociais, que podem gerar sentimentos de medo, angústia, ansiedade, dúvida, fantasia, entre outros, exigindo adaptações tanto da mulher como de seu parceiro (Neme, 2000; Maldonado, 2005; Beretta, Andrade, 2000).

A gestação e o nascimento de uma criança acarretam mudanças, transformações e incertezas em relação aos novos papéis sociais, tanto nas mulheres quanto nos homens. Durante esta fase do curso da vida, homens e mulheres deixam de ser filhos e se tornam pais. Esta fase de transição é permeada por expectativas, anseios e muitos temores (Freitas, Coelho, Silva, 2007). Assim sendo, foi estabelecido o conceito de "casal grávido" (Parke, 1996), que significa que os homens sofrem alterações durante a gravidez, que são independentes das mudanças pelas quais passam as mulheres. A maneira como homens e mulheres vivenciam o processo gravídico é diferente. Entretanto, as repercussões destas vivências sobre os casais são muito importantes no relacionamento marital (Maldonado, 2010).

As principais alterações emocionais e comportamentais apresentadas pelos homens no decurso da gravidez incluíram sentimentos como ciúme, ansiedade, inveja, insegurança, solidão, competição e exclusão. Estimou-se que esses sentimentos emergem no homem pelo fato de não poder passar pelas mesmas modificações corporais de sua esposa. Além disso, ele se sente afetado pela perda da atenção da esposa, que passa a estar mais focada no bebê e a ocupar o centro das atenções (Piccinini et al., 2004). Durante a gravidez da esposa, os maridos estão sujeitos a desenvolver a

Síndrome de Couvade, caracterizada pelo surgimento de sintomas físicos e psicológicos que se assemelham aos das gestantes (Parke, 1996).

Apesar de estas transformações serem vivenciadas pelos homens durante a gravidez, sob a perspectiva cultural, a gestação é percebida como um “assunto de mulher”. Estima-se que a existência deste estereótipo de gênero desvalorize a participação masculina na gravidez (Freitas, Coelho, Silva, 2007; Piccinini et al., 2001). A reprodução dos modelos masculino e feminino está baseada na maternagem, ou *mothering*, que significa cuidado de mãe, cujo valor cultural influencia na reprodução da masculinidade. A maternagem possui sentido ideológico na reprodução das desigualdades entre os sexos (Chodorow, 2002).

3.2 MUDANÇAS NO PAPEL PATERNO

Atualmente, mudanças culturais têm ocorrido em relação aos papéis desempenhados pelos homens, de modo que as diferenças entre os gêneros tendem a diminuir. Neste sentido, a experiência da paternidade também vem apresentando modificações, enquanto maior envolvimento afetivo e mais preocupações relativas à divisão de tarefas entre pais e mães vêm surgindo (Schneider et al., 1997; Rohde et al., 1991).

O modelo de paternidade em que o homem mantém-se distante da gestação, assumindo apenas a função de provedor, convive com o do homem que busca ser um “novo pai”, cujo vínculo afetivo é construído desde a gestação (Freitas, Coelho, Silva, 2007). Este “novo pai”, que vem surgindo desde o fim do século XX, se refere ao homem que se prepara emocionalmente para assumir, tanto quanto a mulher, um papel ativo nos cuidados e na criação dos filhos (Badinter, 1998). Assumindo este papel renovado, os pais deixam de ser apenas provedores e passam a se envolver com assuntos que outrora eram restritos à esfera feminina (Araújo, 1997). Trata-se, agora, de um pai que deseja participar ativamente da gestação,

estar presente no momento do parto e cuidar do bebê, tanto quanto a mãe, e, se possível fosse, amamentá-lo (Ávila, 1998).

É fato que os homens desejam maior proximidade e participação durante a gestação e anseiam participar ativamente do desenvolvimento dos filhos (Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007). Querem também compartilhar com a mãe de todo o processo de gestação e parto (Santo, Bonilha, 2000). Essa participação diminui os conflitos entre os casais, tendo em vista que os pais se sentem partícipes ativos do processo (Piccinini et al., 2001). Tal participação pode acontecer de diversas maneiras, dentre elas, mediante: o acompanhamento da esposa nas consultas de pré-natal, a preocupação com o bem-estar da gestante e do feto, a colaboração nos preparativos para a chegada do filho, o oferecimento de apoio emocional à esposa e o estabelecimento de contato com o bebê (Piccinini et al., 2004).

3.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO

Historicamente, o parto acontecia no ambiente domiciliar, onde a parturiente era acompanhada por uma parteira de sua confiança e recebia o apoio de seus familiares, amigas ou vizinhas, durante o trabalho de parto (Tanaka, 1995). Nesta época o parto era um evento feminino, doméstico e fisiológico (Santos, 2002).

No século XVIII, na Europa, a assistência ao parto passa por um processo de mudanças, atingindo outros continentes por volta do século XX, inclusive o Brasil. O parto passa a ser um evento dominado pelo médico, realizado em ambiente hospitalar e visto como algo patológico (Santos, 2002). Esse novo modelo de assistência é caracterizado por alto grau de medicalização e abuso de práticas invasivas e desnecessárias (Galastro, 2007).

Os avanços técnicos na área da obstetrícia trouxeram grandes benefícios as gestantes, e também perdas significativas. Com a institucionalização do parto, a mulher passou a ficar sozinha durante o processo de parturição, longe de seus familiares e a mercê da equipe de

saúde (Motta, Crepaldi, 2005). O parto tornou-se um procedimento técnico, impessoal e com pouca afetividade; um momento singular e uma experiência sofrida e fria para a mulher (Cegano, Almeida, 2004).

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento à mulher gestante e parturiente, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de medidas, entre elas o Prêmio Galba de Araújo, que foi instituído em 1998 e que destaca bons exemplos de maternidades. Os critérios de avaliação contemplam as práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e que respeitam a autonomia da mulher e de seu acompanhante, compreendendo o parto como uma experiência única na vida de cada mulher (Brasil, 2001).

Outra medida é o direito das mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de escolher alguém de sua confiança para estar presente na sala de parto e também durante o pós-parto. A presença do acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do SUS é garantida pela Lei 11.108, de abril de 2005, regulamentada pelo Ministério da Saúde.

O pai do bebê pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher durante o processo de parturição, uma vez que, ao acompanhar o nascimento do filho, ele estaria afirmando sua paternidade e valorizando seu papel de pai (Storti, 2004). Esta participação facilita a formação de vínculos precoces entre pai e bebê, visando o fortalecimento desses laços (Hotimsky, 2002).

Para o pai, o parto é um momento de intensas emoções, pois possibilita a aproximação, pela primeira vez, com o filho sem intermediações da mulher (Davim, Menezes, 2001). Sendo assim, não se pode negar ao pai vivenciar um dos momentos mais importantes da sua vida: o nascimento do filho (Freitas, Coelho, Silva, 2007).

3.4 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O desenvolvimento de grupos de gestantes, que representa um recurso de promoção e educação em saúde, objetiva preparar a mulher e

seu companheiro para o processo gestacional. Quando participam destes grupos, os casais têm a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento, pela possibilidade de expressar o que sentem e sanar dúvidas relativas ao momento que estão vivenciando (Ávila, 1998; Maldonado, Canella, 2003). Em estudo realizado com um grupo de gestantes, constatou-se que a presença e a participação ativa dos homens teve avaliação muito positiva. Entretanto, muitos investimentos ainda são requeridos para melhorar a qualidade nesta esfera da assistência (Reberte, Hoga, 2010).

Atividades educativas que promovam o maior envolvimento masculino são necessárias para que os homens possam se sentir parte importante do processo, obtendo, assim, melhores condições para compreender o seu novo papel, as alterações físicas e emocionais apresentadas pela parceira, as mudanças na vida conjugal e as alterações na dinâmica familiar (Reberte, Hoga, 2010).

Estudo desenvolvido por Piccinini et al. (2004) revelou que a maioria dos pais se preocupa com o bem-estar e a saúde da esposa grávida, com as restrições inerentes a esta condição, com a necessidade do apoio afetivo e material e com a sua participação no trabalho de parto, parto e nascimento. Alguns destes pais estavam preocupados com a inexperiência em relação aos cuidados com o RN. Semelhantes experiências foram expressas por pais que participaram do estudo realizado por Krob, Piccinini e Silva (2009). Quando os homens têm estas demandas atendidas, eles se mostram mais tranquilos e passam a deter melhores condições para oferecer suporte às suas esposas (Santo, Bonilha, 2000).

Entretanto, quando os homens não possuem as informações e o preparo que necessitam, apresentam dificuldades em se relacionar com as esposas no momento do parto. Estimou-se que este problema se origina nas fantasias a respeito do fenômeno do parto, que, por sua vez, contribuem no aumento da sensação de ansiedade, tanto para a parturiente quanto para o acompanhante. Concluiu-se, portanto, que o fornecimento de informações adequadas sobre o parto e o suporte a ser oferecido às parturientes são fundamentais para proporcionar a participação ativa do pai no parto e a consequente satisfação derivada deste processo (Motta, Crepaldi, 2005).

A necessidade que os casais possuem de obter informações fidedignas, que auxiliem no desenvolvimento adequado do processo grávido e puerperal, já é um fato comprovado (Centofani et al., 2003). É necessário considerar, entretanto, que com a aproximação do parto, ocorre o aumento da ansiedade e, conseqüentemente, dos temores em relação ao processo. Isto faz com que os futuros pais procurem cursos específicos de orientação sobre a gravidez, para que possam sanar todas as questões, anseios e temores que os afetam (Peixoto, 2004). Com o intuito de amenizar a ansiedade e os temores dos futuros pais, algumas instituições de saúde oferecem cursos de orientação, com o objetivo de proporcionar conhecimento, suprir as expectativas inerentes a essa fase e trocar experiências entre os casais (Maldonado, 2005).

Uma breve revisão da literatura, das páginas eletrônicas especializadas e das mídias afins revelou a inexistência de materiais educativos versando sobre a promoção e a educação para a saúde dos pais na gravidez, no parto, no pós-parto, no aleitamento materno e nos cuidados com o filho.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os fundamentos teóricos que embasaram este estudo.

A exploração das experiências vividas pelos pais relativas ao processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, a identificação de dúvidas, dificuldades e necessidades por orientação e a elaboração de material educativo que pretenda corresponder às demandas dos próprios pais, considerando sua história pessoal e familiar, requerem embasamento teórico pertinente.

Avaliou-se que o enfoque educativo crítico-reflexivo, pressuposto básico da aprendizagem construtivista, na qual o conhecimento é construído de forma coletiva, represente o alicerce teórico adequado para o desenvolvimento desta pesquisa.

O enfoque educativo crítico-reflexivo possibilita a aproximação com as formas de viver das pessoas, das formas de escutar e se expressar, de modo a tornar a relação entre educador e educando mais afetiva e solidária e, portanto, mais humanizada (Freire, 2011a). Como salientado por eminentes profissionais de educação (Bueno, 1997; Gadotti, 1999), pensar a educação com vistas ao futuro da humanidade requer a consideração da perspectiva pessoal, de modo integrado à totalidade envolvida, ou seja, a família, o contexto sociocultural, os modos de vida e a identidade das pessoas.

O enfoque crítico-reflexivo na educação se contrapõe ao conceito de educação bancária, que consiste na relação do professor depositante com o aluno depositário. Neste tipo de relação, o educador representa o instrumento de dominação e opressão e o aluno assume um papel passivo. Para mudar essa pedagogia autoritária, Freire (2011b) desenvolveu uma educação problematizadora, crítica, que trabalha com o educando e não sobre ele, uma educação que propicie ao educando pensar de maneira autêntica e criativa.

O papel do educador não é falar sobre sua visão do mundo, mas sim dialogar, refletir, absorver e aprender com o educando, trabalhando no

sentido de reconhecer os temas que o aflige, para que ele possa refletir sobre as questões do seu cotidiano. O educador deve construir o conhecimento junto com o educando, pois o educador visa à libertação e à consciência crítica do educando (Freire, 2011b).

Mediante um processo participativo e dialógico, procurou-se explorar a objetividade-subjetividade das pessoas; neste caso, os homens que se tornaram pais, para pensar a realidade vivida por eles. Desse modo, possibilitou-se o estabelecimento da problematização e do diálogo, de maneira a promover a educação libertadora (Freire, 2011a), ajustada às perspectivas das próprias pessoas envolvidas.

5 TRAÇADO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o traçado metodológico deste estudo. Primeiramente, são apresentados os principais pressupostos do paradigma qualitativo de pesquisa. Em seguida, são descritas as etapas do método de história oral que foram desenvolvidas para atingir os dois primeiros objetivos desta pesquisa e, na sequência, os passos utilizados para elaboração do material educativo – terceiro objetivo desta pesquisa.

5.1 PARADIGMA QUALITATIVO

Esta pesquisa foi desenvolvida no paradigma qualitativo, que possibilita compreender a experiência humana por meio da coleta e da análise de materiais narrativos e subjetivos. A pesquisa qualitativa possibilita obter dados ricos e profundos para que fenômenos complexos sejam explorados em suas múltiplas dimensões. Por meio de um processo indutivo e interpretativo, é desenvolvida uma teoria, que ajuda a explicar os processos que estão sob investigação (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A adoção do paradigma qualitativo no desenvolvimento de pesquisas permite que as experiências vividas pelas pessoas sejam exploradas e compreendidas em sua totalidade – e segundo a perspectiva dos próprios protagonistas. Ela é desenvolvida de forma interativa, pela qual os atores falam por si e ensinam o pesquisador sobre sua vida. Este tipo de pesquisa demanda do pesquisador uma postura aberta e flexível, de modo a possibilitar a descoberta do inesperado. Além destes aspectos, a abordagem qualitativa de pesquisa permite explorar e compreender as circunstâncias culturais, ambientais e sociais, ou seja, símbolos, valores, estilos de vidas e visões de mundo que influenciam as interações humanas (Morse, 1998).

5.2 MÉTODO DE PESQUISA

Na proposição desta pesquisa, a Pesquisa-Ação (PA) era o método eleito para o seu desenvolvimento. A PA se trata de um tipo de pesquisa social que é realizada mediante uma ação, com a finalidade de dar resolutividade a um problema coletivo. Nesta abordagem metodológica, o pesquisador e os participantes da pesquisa se envolvem no equacionamento do problema, de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2005).

Esta metodologia estava programada para ser desenvolvida com um grupo de pais, que eram maridos de gestantes que faziam seguimento pré-natal em uma UBS. Durante o processo de PA, as necessidades destes pais relativas à gestação, parto, pós-parto, amamentação e os primeiros cuidados com o bebê seriam identificadas. Posteriormente, mediante um processo pedagógico participativo e emancipatório, estas necessidades seriam trabalhadas por meio de estratégias educativas participativas.

A proposta inicial era de que, a partir deste trabalho, fosse elaborado um material educativo visando a promoção das experiências dos pais relativas ao processo gravídico puerperal e o cuidado com o RN. Pretendia-se, por meio desta estratégia, favorecer a participação dos próprios sujeitos de pesquisa no atendimento de suas demandas, de modo a promover o maior envolvimento paterno no processo gestacional.

As gestantes foram comunicadas, aprovaram e prontamente aderiram à ideia de desenvolver um grupo de PA com a participação de seus maridos. Doze pais foram convidados a participar e isto foi feito por intermédio das próprias gestantes. Na ocasião em que foi feito este convite, foram fornecidos esclarecimentos a respeito das principais características de uma PA e suas finalidades. Foi explicado também que os pais teriam liberdade para que eles mesmos escolhessem o dia da semana e o horário de melhor conveniência. Foi aberta a possibilidade das sessões grupais serem desenvolvidas aos sábados ou em horários após o expediente habitual da UBS.

Apesar do oferecimento desta facilitação, que visava a participação de grande número de pais, apenas três dos doze convidados se prontificaram efetivamente a participar do grupo. As justificativas da não aderência à proposta foram a falta de tempo para participar, em razão das incompatibilidades com os horários de trabalho, e a dificuldade de expor as próprias experiências e ideias em grupo, diante de pessoas desconhecidas. A aderência de apenas três pais impossibilitou a continuidade da proposta, pois esta quantidade restrita de participantes prejudicaria a profundidade e a abrangência das experiências e, conseqüentemente, das discussões e do conteúdo da cartilha educativa.

Diante deste fato, foi dado novo direcionamento à metodologia deste estudo. Esta decisão foi tomada considerando os pressupostos da pesquisa qualitativa. Nesta abordagem de pesquisa, pressupõe-se que as decisões sobre a melhor maneira de se obter os dados, de quem os dados devem ser obtidos e como será a coleta de dados devem ser tomadas à medida que o estudo se desenvolve. O pesquisador qualitativo deve manter uma atitude maleável e aberta, pois o delineamento de um estudo qualitativo deve ser emergente, ou seja, deve ser configurado à medida que o pesquisador vai se deparando com as situações que emergem. Após análise dos fatores envolvidos e com a atenção voltada à questão que gerou o projeto de pesquisa, os responsáveis pelo estudo devem tomar as decisões que julgar pertinentes e mais apropriadas (Polit, Beck, Hungler, 2004).

Com base nestes pressupostos, decidiu-se dar prosseguimento ao estudo. Para responder ao primeiro objetivo desta pesquisa, ou seja, explorar as experiências e as demandas por orientação dos pais que compartilharam com suas esposas do processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e primeiros cuidados com o RN, decidiu-se pelo desenvolvimento da história oral (HO) como método de pesquisa. Trata-se de método que permite compreender a realidade por meio de experiências vivenciadas no passado (Meihy, Ribeiro, 2011).

A história oral, entendida como uma estratégia de obtenção de dados do “tempo presente”, deve responder a um sentido de utilidade prática e social, de forma imediata. No entanto, a sua utilidade não se esgota no

momento da entrevista, da criação de um texto ou da eventual análise do material gerado (Meihy, Holanda, 2011). Enquanto método de pesquisa, a história oral privilegia as entrevistas como parte central do estudo. As entrevistas devem ser o núcleo da investigação e os dados coletados por meio delas devem ser analisados separadamente. A partir do conjunto de entrevistas, é possível extrair os problemas que necessitam ser solucionados (Meihy, Ribeiro, 2011).

A história oral temática é um gênero de história oral, que parte de um assunto específico e previamente estabelecido. Ela permite que detalhes da história pessoal do narrador sejam ressaltados, porém dentro da temática pré-estabelecida pelo entrevistador. Neste gênero, o uso de roteiros ou de questionários é fundamental para direcionar a entrevista e obter os detalhes necessários da história pessoal. Diante de seu caráter específico, a história oral temática tem características que a diferem da história oral de vida. Os detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam se tiverem ligação com a temática central da entrevista (Meihy, Holanda, 2011). Com base nestes pressupostos, a história oral temática foi adotada como alternativa metodológica, por considerá-la mais apropriada para o alcance dos objetivos deste estudo.

5.2.1 Local e Sujeitos do Estudo

Este estudo foi desenvolvido com dezessete pais residentes na Região Metropolitana de São Paulo, que compartilharam, com suas esposas, a experiência da gravidez, do parto, do pós-parto, do aleitamento materno e dos cuidados com o RN na maternidade e no domicílio, após a alta hospitalar.

Em HO, os participantes da pesquisa são denominados como “colaboradores”, pois são eles que compartilham as suas experiências e ideias com os pesquisadores e contribuem fornecendo novos dados, confirmando a veracidade das experiências e os resultados elaborados pelo pesquisador, sempre que solicitados (Meihy; Ribeiro, 2011).

Em pesquisas qualitativas, a quantidade de colaboradores é pequena. Porém, são representativos, pois o que importa nesta abordagem metodológica é a descrição da realidade, em profundidade e abrangência que possibilitem generalizar o resultado obtido para a população em geral (Polit; Beck; Hungler, 2004).

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo foram homens que tinham se tornado pais nos últimos três anos. Este critério temporal foi adotado por se acreditar que, se fossem incluídos homens que tivessem se tornado pais há mais tempo, seria possível que eles já tivessem esquecido experiências e fatos marcantes do tema sob estudo. Também se constituiu como critério a existência de união formal ou consensual com as respectivas esposas durante o período de gestação e por, pelo menos, seis meses após o nascimento do filho. Este período foi estabelecido porque é um tempo necessário para vivenciar todas as etapas do processo, que se inicia com a gestação e se encerra com os cuidados com o RN. Homens com incapacidade cognitiva ou de expressão verbal não foram incluídos neste estudo.

5.2.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora entre os meses de setembro e novembro de 2011. O primeiro colaborador foi indicado por pessoas do convívio da pesquisadora. Inicialmente, foi realizado o contato por telefone, para esclarecer o teor da pesquisa e solicitar a sua participação. Após o colaborador aceitar participar da pesquisa, foi agendada uma entrevista em local de escolha do mesmo. A data e o horário foram escolhidos em comum acordo entre as partes.

No momento da entrevista, em local, data e horário previamente combinados, a entrevistadora fez esclarecimentos detalhados sobre a pesquisa. Em seguida, foi solicitado ao colaborador que preenchesse um questionário contendo dados de identificação geral (**Apêndice A**) e que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice B**).

Após a entrevista, foi solicitado ao colaborador que indicasse um colega ou amigo que preenchesse os critérios de inclusão para este estudo. Este procedimento foi seguido até a inclusão do último colaborador. Este tipo de amostragem, na qual os primeiros informantes indicam os seguintes, é conhecido como amostragem em “Bola de Neve” ou “Snowball Technique” (Polit, Beck, Hungler, 2004; Hudelson, 1994). Neste tipo de amostragem, a inclusão de novos participantes acontece até o ponto de redundância, quando se percebe que não existem mais informações a serem descobertas, depois de adequada exploração (Hudelson, 1994). Segundo este critério, o encerramento da inclusão de novos colaboradores se dá mediante saturação teórica, quando, na percepção do pesquisador, os dados obtidos passam a ser repetitivos e o fenômeno está descrito de forma profunda e densa (Denzin, Lincoln, 1994). A saturação teórica ocorreu neste estudo por volta da décima segunda entrevista. Para garantir que as principais experiências e demandas dos pais fossem suficientemente exploradas e compreendidas, foram incluídos mais cinco colaboradores, totalizando dezessete pais.

5.2.3 As Entrevistas

Foram adotadas entrevistas não estruturadas, com o objetivo de compreender em profundidade as experiências vividas pelos homens no processo de tornarem-se pais e suas demandas por orientação. As questões feitas para os pais foram as seguintes:

- Fale-me sobre sua experiência com mulheres (mãe, irmãs, tias) a respeito de gravidez.
- Se você e sua esposa planejaram ou não a gravidez e o primeiro impacto frente à notícia da gravidez.
- Como foi conviver ao lado da esposa grávida como marido.
- Como foram o parto e o pós-parto em casa.
- Como foi o processo de amamentação.

- Fale-me a respeito da experiência como pai de um recém-nascido e sobre as mudanças ocorridas em sua vida após tornar-se pai.

As questões foram feitas nesta ordem para facilitar a expressão dos depoimentos de acordo com a cronologia natural de ocorrência dos fatos. Perguntas adicionais foram realizadas quando houve necessidade de aprofundar temas ou esclarecer algum aspecto das histórias orais.

As entrevistas tiveram duração entre 30 e 60 minutos e foram realizadas em ambiente reservado, com a presença apenas da pesquisadora e do colaborador. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, pois a gravação do depoimento constitui peça fundamental na elaboração posterior do documento escrito.

5.2.4 Análise dos Dados

Todas as entrevistas foram transformadas em discurso escrito, pela própria pesquisadora. Este trabalho foi realizado segundo o procedimento sugerido por Meihy e Ribeiro (2011), composto das fases de transcrição dos depoimentos propriamente ditos, de textualização e de transcrição.

A transcrição consistiu no processo de converter o conteúdo gravado em um texto escrito, que deve refletir uma cópia perfeita e fiel da gravação. Portanto, devem ser mantidos todos os diálogos e os erros de linguagem (Meihy, Ribeiro, 2011).

A segunda fase consistiu na textualização, quando as perguntas feitas aos depoentes foram excluídas e o seu teor foi fundido às narrativas. O texto foi transformado em primeira pessoa do singular e reorganizado segundo a ordem cronológica dos eventos e dos temas abordados pelos colaboradores. Os vícios de linguagem e os erros de gramática foram corrigidos, enquanto as palavras repetidas foram mantidas em dose suficiente para que o leitor fosse capaz de perceber o tipo de narrativa ou o sotaque do narrador. Seu objetivo foi facilitar a leitura do texto e possibilitar melhor compreensão do

que foi narrado (Meihy, Ribeiro, 2011). Nesta fase, foi escolhido o tom vital de cada narrativa, isto é, uma expressão composta por pequenos trechos extraídos das narrativas, reveladora dos aspectos mais marcantes das histórias pessoais dos pais, ou seja, a sua essência (Meihy, Ribeiro, 2011).

A última etapa realizada foi a transcrição, que consiste na elaboração de um texto recriado pelo pesquisador. Neste momento, alguns elementos foram incorporados às narrativas, com a intenção de demonstrar ao leitor o contexto em que foi realizada cada entrevista e as sensações provocadas pelo contato com o colaborador (Meihy, Ribeiro, 2011). Em seguida, foi realizado o processo de validação das narrativas com todos os colaboradores da pesquisa, a fim de confirmar o texto produzido por meio do diálogo e seus respectivos tons vitais e corrigir possíveis erros e enganos (Meihy, Ribeiro, 2011). Esta etapa foi realizada no local de trabalho (7) ou na residência dos pais (10), em dias e horários de comum acordo entre pesquisador e colaborador. Todos os pais confirmaram ou sugeriram pequenas mudanças, que foram respeitadas e consideradas.

No tratamento dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo. Segundo Minayo (2008) este tipo de análise permite replicar e validar inferências sobre dados de um determinado contexto, mediante procedimentos especializados e científicos.

Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, dentre elas: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Neste estudo foi utilizada a Análise Temática, por ser considerada a mais simples e apropriada para os estudos qualitativos na área da saúde (Minayo, 2008). Ela foi realizada em três etapas:

Pré-análise – nesta primeira etapa foi realizada leitura profunda do conjunto das narrativas e a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa.

Exploração do material – nesta etapa o conteúdo das falas foi organizado em categorias, que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

Tratamento dos dados obtidos e interpretação – nesta última etapa foi realizada a interpretações dos dados obtidos.

Categorias, conteúdos e significados foram ilustrados por pequenas citações extraídas das narrativas para preservar o rigor da pesquisa, conforme recomendado por Meadows e Morse (2001). Embora os pais não tenham compartilhado suas histórias utilizando exatamente as mesmas palavras, o número apresentado depois de cada citação correspondente a cada pai que manifestou experiência semelhante, como sugerido por estas eminentes e respeitadas pesquisadoras do paradigma qualitativo. Finalmente, cada história foi lida novamente a fim de verificar a ausência de contradição entre as histórias orais e as categorias elaboradas. Esta é uma das medidas importantes para garantir a validade e o rigor da pesquisa (Meadows, Morse, 2001).

5.2.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (**Anexo A**) e seus aspectos éticos estão de acordo com o preconizado pela Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (Brasil, 1996).

No momento da entrevista, o colaborador foi esclarecido sobre o objetivo, a natureza e a finalidade da pesquisa e sobre a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice B**).

Foi permitida a cada colaborador a possibilidade de participar ou não do estudo, sendo informado que a eventual negação não resultaria em prejuízos de qualquer espécie. Os colaboradores receberam esclarecimentos sobre a necessidade da gravação das entrevistas, garantia do anonimato através da adoção de nomes fictícios e quanto à utilização dos dados em eventos e publicações científicas.

Após esses esclarecimentos preliminares, nenhum pai recusou-se a participar do estudo.

5.3 ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

A elaboração do material educativo seguiu as recomendações estabelecidas por Reberte, Hoga e Gomes (2012) para a construção de cartilhas educativas para a promoção da saúde, o qual inclui a participação ativa dos próprios pais, com o conteúdo baseado em seus próprios interesses e necessidades.

5.3.1 Conteúdo

O conteúdo da cartilha foi composto tomando como base as experiências e as demandas expressas pelos pais, na primeira fase da pesquisa. As respostas para o atendimento destas demandas foram buscadas na literatura científica, de modo a respaldar o conteúdo da cartilha nas evidências. A adoção desta estratégia é fundamental para preservar a segurança do leitor do material (Echer, 2005).

Também foi feita a sistematização do conteúdo segundo o critério da cronologia do processo de gestação, parto, pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. Todo o processo de construção da cartilha foi permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem. Este trabalho se caracterizou pela identificação dos termos técnicos e sua transformação para a linguagem popular, com o objetivo de facilitar a compreensão da cartilha pelos usuários. O cuidado com a adequação da linguagem é essencial nos trabalhos relacionados à educação e à promoção da saúde. Sendo assim, foram utilizadas palavras de uso popular, sobretudo as coloquiais, uma vez que o uso de termos técnicos deve ser restrito aos estritamente necessários e insubstituíveis e, caso tenham que ser utilizados, as devidas precauções devem ser tomadas no sentido de esclarecer os respectivos sentidos, às vezes, mediante a utilização de exemplos (Doack, 1996).

Com o objetivo de tornar a leitura da cartilha descontraída e de fácil compreensão, foram incluídas algumas ilustrações (Echer, 2005). Estas ilustrações foram elaboradas por um profissional da área de *design*, especialmente para este material educativo. O processo de criação das imagens contou com a participação da própria pesquisadora, que forneceu as explicações relativas às finalidades de cada imagem a ser incluída. Uma vez elaborada a primeira versão da imagem, a pesquisadora a analisou e fez sugestões de correções com a finalidade de facilitar a compreensão da mesma. Após estas revisões, algumas ilustrações passaram por correções e outras foram refeitas.

Foram criadas 39 ilustrações. Essas foram elaboradas para ilustrar os seguintes assuntos: desconforto na gestação, sexualidade na gestação e pós-parto, trabalho de parto, medidas não farmacológicas utilizadas durante o trabalho de parto, tipos de parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. Todas as ilustrações foram devidamente legendadas.

5.3.2 Composição da cartilha

Nesta etapa, todo o conteúdo da cartilha e as figuras foram entregues a dois profissionais da área de comunicação. A editoração e a diagramação do material educativo e a sua transformação para um formato passível de impressão foram desenvolvidos por estes profissionais.

Houve a necessidade de reduzir a quantidade de informações a serem inseridas no material educativo, tendo em vista que a inclusão de todo conteúdo requerido pelos pais seria excessivo, considerando que se tratava de uma cartilha. Desse modo, foram priorizadas as informações que consideramos relevantes, pois os textos extensos reduzem a velocidade da leitura e dificultam a compreensão das informações, por parte do leitor (Doack, 1996).

O material elaborado foi apresentado à pesquisadora, que fez as devidas sugestões para alterações. Este processo foi realizado antes da impressão da primeira versão da cartilha.

5.3.3 Primeira versão da cartilha

A primeira versão da cartilha consistiu em um material contendo 40 páginas, que tinham dimensão de 440x200 mm, foram impressas nas cores azul e preto, sobre papel couchê fosco 150g/ m², e presas com dois grampos. O título da cartilha é “Orgulho de pai – cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez”.

A cartilha contém uma apresentação inicial e, na sequência, os seguintes assuntos, apresentados na forma de tópicos: gestação, parto, pós-parto, amamentação e cuidados com o bebê.

5.3.4 Validação da cartilha

A primeira versão impressa da cartilha foi entregue para cinco pais que participaram da pesquisa, para que eles pudessem ler e validar o material quanto aos aspectos da linguagem utilizada e as ilustrações contidas. Esclareceu-se que estas deveriam ser compreensíveis e não demandar a necessidade de recorrer a dicionários, a profissionais de saúde ou a outras pessoas com maior grau de escolaridade para explicar o sentido do que estava escrito e ilustrado.

Estes pais foram orientados a proceder à leitura da cartilha e anotar suas observações e sugestões no próprio material impresso. Esta etapa foi fundamental para que os pais pudessem indicar as dificuldades encontradas no que se referia à compreensão da linguagem e das ilustrações contidas na cartilha. Esse trabalho foi realizado com a finalidade de diminuir a distância entre o que o profissional escreve e o mundo do leitor, tendo em vista que a cartilha é dirigida aos pais (Fonseca, 2004).

Após recolher as cartilhas, a própria pesquisadora verificou a existência de registros feitos pelos pais e substituiu as palavras indicadas, consideradas de difícil compreensão, por outras mais fáceis ou populares. Todas as substituições foram apresentadas aos pais até que eles se

mostrassem satisfeitos com o teor da cartilha, no requisito da facilidade de compreensão.

A incorporação das modificações sugeridas pelos pais será feita após a defesa da tese de doutorado. Optou-se por não imprimir a versão definitiva da cartilha educativa para possibilitar a incorporação das sugestões para alteração no seu conteúdo, feitas pelos membros da comissão julgadora da tese de doutorado.

6 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados desta pesquisa estão apresentados em três partes. Na primeira, são expostas algumas características pessoais dos pais que colaboraram com esta pesquisa, os respectivos tons vitais e suas narrativas. Na segunda, são descritas as experiências vivenciadas durante a gravidez, o parto, o pós-parto, a amamentação e os cuidados com o recém-nascido. Na terceira, são apresentadas as demandas identificadas e as respectivas respostas, muitas destas ilustradas por meio de figuras.

6.1 OS PAIS, OS RESPECTIVOS TONS VITAIS E SUAS NARRATIVAS

Tabela 1 – Características pessoais dos pais

Idade	Nº
< 25 anos	01
25 a 29 anos	07
30 a 34 anos	03
35 a 39 anos	03
≥ 40 anos	03
Anos de Estudo	
4 a 8 anos	01
9 a 11 anos	12
> 11 anos	04
Religião	
Católico	09
Protestante	04
Espírita	02
Não declarada	02
Vida Marital	
Sim	15
Não	02
Número de Filhos	
1	11
2	05
3 ou +	01
Ocupação	
Vigilante	07
Balconista	03
Motorista	02
Secretário	02
Agente de trânsito	01
Bancário	01
Comerciante	01

Abel: 40 anos, 11 anos de estudo, vigilante, casado há 6 anos, tem um filho e é protestante.

Tom vital da narrativa: *“Não consigo pensar em outras palavras que não sejam felicidade e amor. A partir do momento que a minha esposa ficou grávida só tinha isso na cabeça. A felicidade não cabe dentro da gente, o amor que a gente sente pelo filho é um amor incondicional”.*

Sua narrativa: *“Eu tinha pouca experiência com gestação, pois só acompanhei a gravidez da minha cunhada, mas via as dificuldades que ela tinha em relação à gestação. A primeira gravidez que eu tive participação ativa foi quando a minha esposa engravidou e daí que surgiram muitas dúvidas, pois muitas coisas eu não sabia. Quando ela engravidou, nós estávamos juntos há quatro anos e meio. A gente tinha feito várias tentativas e eu falava: “Olha amor, se for para ser, será”. Então a gente esperava uma gravidez. Quando ela falou que estava grávida, fiquei feliz e muito emocionado e veio na minha cabeça que agora a gente tinha um bebê para cuidar, que estava sendo gerado. Abre um leque na nossa cabeça e a gente pensa: O que posso fazer de bom para essa criança? Será que a gente consegue fazer tudo direitinho? Daqui para frente vai ter que tomar cuidado com quê? Ela não pode levantar peso? Foi um misto de emoção e preocupação, porque é um ser tão fragilzinho que está ali numa bolsinha pequenina, tem que tomar cuidado. A gente fica alegre, eufórico e até antecipa alguns meses, pensa quando ele estiver no colo, quando estiver dando a mãozinha. É muita coisa, é um misto de coisas. Fiquei muito feliz, a vida da gente muda completamente. Só quando você tem um filho é que realmente você vai saber o que é o amor verdadeiro. Quando fomos morar juntos, ela já tinha casa, um bom emprego e eu também tinha um emprego razoável; tudo isso serviu como estrutura. Acho que tudo isso tem que ser pensado antes de gerar um filho, você tem que pensar nas condições que você vai dar para ele. A gente estava ciente que, se tivéssemos a concepção de um filho, poderíamos criá-lo com tudo que uma criança precisa, toda a parte material, afetiva; nós estávamos realmente prontos para ter um filho. Nos três primeiros meses de gestação houve poucas mudanças, a barriguinha não tão aparente, mas a partir do quarto mês, quatro meses e*

meio, eu sentia diferença nela, na parte de tratamento. Ela estava mais susceptível a qualquer coisa, ela estava mais emotiva, às vezes até um pouco nervosa; então eu não sabia como lidar com isso, com essas coisas que estavam acontecendo e via que essas mudanças estavam passando um pouco do normal. Eu procurei me informar, procurei muitas matérias na internet e procurei falar com pessoas que tinham conhecimento a respeito de gestação, profissionais da área, para saber como eu podia estar lidando com isso. E eu fiquei sabendo que a parte hormonal da pessoa vai mudando e a gente tem que ter certa paciência, tem que estar mais disponível, ser bem atento e sensível às essas alterações. Essa parte hormonal foi bem complicada no começo, porque ela ficou mais nervosa, emotiva; então é uma fase delicada, mas que cabe ao homem aprender a respeito disso, ser companheiro, dar apoio, ter muita paciência, porque é uma fase. Esse processo de gestação desencadeia toda uma parte hormonal na mulher que inclusive, para mim, foi a mais complicada. Ela estava bem, daqui a pouco, por algum motivo ou outro, ela estava chorando; então eu procurava saber e muitas vezes nem ela sabia por que estava chorando. Dizem que varia de pessoa para pessoa e eu acredito: a gravidez mexe com muita coisa na parte hormonal, a pessoa fica mais sensível e chora por qualquer coisa, sem motivo. Isso foi o que mais me preocupou e que as pessoas me ajudaram. Quando a barriga foi crescendo, eu tinha muitas dúvidas em relação ao que minha mulher podia fazer. Às vezes, ela abaixava para pegar alguma coisa e eu falava: Olha... acho melhor você não abaixar, de repente comprime a barriga e o bebê está novinho ainda. Às vezes, os pés dela inchavam e eu pensava: Será que é melhor eu fazer massagem? Vai passando o tempo e as dúvidas vão aparecendo, o que a pessoa pode fazer, se pode abaixar, fazer uma atividade, trabalhar, dirigir. Também descobri que massagem ajuda muito a mulher grávida a relaxar, então procurei aprender algumas massagens, fazer massagens nos pés, nas costas, tudo para poder contribuir e ajudar ela. Ela foi muito paparicada durante a gestante e falou que se soubesse que era assim ficaria grávida todo ano (risos). Com uns seis, sete meses de gestação, ela começou a ter uma dor na lateral, como se fosse na costela. Falei com um especialista e ele disse que a criança põe

o pé nessa parte, empurra a costela, causando dor na mãe. Ela também começou a ter dificuldade para dormir à noite, procuramos falar com os médicos, e eles diziam que a melhor coisa que a gestante podia fazer é não dormir de barriga para cima, dormir sempre do lado esquerdo por causa da circulação. Inclusive, como ela era uma mãe muito dedicada, dormia muito nessa posição, mesmo sendo dolorido para ela. A barriga dela era muito bonita, eu massageava, passava creminho, a barriga dela não me atrapalhou em nada. A agora ela não tem mais aquela barriga que tinha na gravidez e eu sinto muita falta, fico só olhando as fotos. A barriga não teve o menor problema, o corpo dela para mim sempre foi lindo, na gravidez e fora da gravidez. Eu chegava perto da barriga dela e começava a falar com o bebê; isso é legal porque ele vai conhecendo a sua voz. Às vezes, uma coisa incrível, ele colocava o pezinho, empurrava, você sentia a barriga mexer. No sétimo e no oitavo meses as relações sexuais foram bem dosadas, mas porque a gente tinha na cabeça que qualquer coisa mais abrupta podia machucar o bebê. Embora a gente tivesse pesquisado e viu que não tinha nada a ver. Também houve um período em que ela me rejeitou e eu já tinha conhecimento que era uma rejeição natural que a mulher tem em relação ao homem por estar grávida. Isso sim aconteceu e pelo conhecimento que eu tenho hoje, sei que faz parte. Essa parte de não ter tanta relação sexual não foi problema para mim. É claro que a gente é ser humano e cada um pensa de um jeito diferente, age de jeito diferente. Mas, para mim, não teve o menor problema: é uma fase, são nove meses que a gente tem que estar ali, atento a tudo. A felicidade é tão grande que complementa muito essa parte. Se o homem for bem sensível, quiser bem o seu filho, mulher, ter aquele amor no coração, acho que não tem problema nenhum não. O homem tem que ter realmente conhecimento do que acontece com a mulher na gravidez. É um período maravilhoso, mas que requer muita sensibilidade do homem e atenção. Acho que ele tem que procurar o que não sabe numa fonte de conhecimento e tirar as dúvidas. São coisas novas que não têm no cotidiano; então é legal que homem procure sim, e ele sabendo disso torna-se mais fácil para ele compreender alguns sinais que a mulher tem durante a gravidez. Quando ela estava perto

do oitavo mês, o médico do ultrassom disse que meu filho tinha uma restrição de crescimento e uma artéria umbilical única; então surgiram várias coisas que podiam estar acontecendo. A gente pediu muito para Deus, que é o suporte que a gente tem, e foi dando tudo certo. Perto do parto é uma fase muito delicada e preocupante, então eu procurei me informar a respeito do trabalho de parto ou se a minha mulher começasse a dar a luz em casa, o que eu tinha que fazer. Eu sou leigo, eu não tenho conhecimento, o que me ajudou muito foi procurar informações. Se estourar a bolsa, sei que tenho um tempo para chegar ao hospital, pois é só a bolsa que estourou, isso me deixa mais tranquilo. E se caso acontecesse, eu ia pegar a minha esposa com cuidado e colocar no carro, ia tranquilamente para o hospital, evitando assim acidentes. Também procurei tirar as dúvidas sobre depois que ela desse a luz, Danieliana, como tinha que fazer, como tem que ajudar. Nessas horas perto do parto eu queria saber o que eu tinha que fazer, para ficar mais tranquilo. Eu acompanhei todo o parto. A minha esposa estava muito nervosa; procurei tranquilizá-la bastante, oramos bastante também, falei para ela tomar forças para suportar qualquer adversidade, porque um parto é uma cirurgia. E que Deus iria abençoar e que tudo iria dar certo, que o nosso bebê iria nascer forte e saudável. Ela estava com um pouco de medo da anestesia e do nascimento em si, já que tínhamos várias preocupações. No hospital, deu tudo certo, foi um bom cirurgião que fez a cesárea da minha esposa; após o parto, nossa... Uma coisa que me dá até um nó na garganta quando eu falo é a imagem do meu filho nascendo. A estrutura do hospital era muito boa, só não tinha uma UTI neonatal, que me preocupava para qualquer adversidade que pudesse ocorrer. Mas foi tudo bem, o bebê nasceu forte e saudável, foi mostrado para ela, o que tranquilizou muito ela. Ela estava muito preocupada. Então, em termos de estrutura, assim foi muito bom, é um hospital bom, correu tudo certinho, a gente ficou muito feliz. Já nos pós-parto eu fiquei meio preocupado. Quando acabou a cirurgia eu fui direto para a maternidade aguardar o bebê. Aí o bebê chegou depois de um tempinho, colocaram naquelas caminhas aquecidas e minha esposa não chegava. Nessa hora eu fiquei muito apreensivo porque você está ali, seu filho está ali e a esposa cadê? (risos). Depois de uns 50 minutos, graças ao

bom Deus, ela subiu. Ela estava na maca e eu perguntei: “Amor está tudo bem?” Ela estava bem e já perguntou do filhote. Chegando em casa com o nenê, nós tivemos dificuldade no começo, porque minha esposa tinha os mamilos quase rentes, retos, e o nenê teve dificuldade de pegar, machucou muito o seio dela. Depois eu fui ver que tem preparativos na gestação e que o marido pode estar ajudando a esposa a fazer com que esse mamilo aumente, até por sucção, para que quando o nenê for mamar não dê esse problema. Porque quando o nenê é pequeno, ele pega bem na pontinha e a sugada é muito forte, vai machucar o mamilo da mãe, aí não dá para amamentar. Meu filho mamou pouco no peito, infelizmente, dado os problemas que deu com o mamilo. Ele mamou dois meses e meio, e o mamilo ficou tão machucado que ela não suportava mais dar e não teve outro jeito, tivemos que dar outro leite. Mas mesmo assim a gente ficava com a preocupação que o colostro e o leite passavam os anticorpos da mãe para o bebê. Nesses dois meses e meio, parte do colostro foi aproveitada, o nenê tomou, mas depois de algum tempo tinha que tirar com a bombinha porque o seio estava muito machucado. Na parte de amamentação, graças a Deus, agora está bem. Infelizmente não só no peito, mas na mamadeira. Olhar para o seu filho sendo amamentado pela sua esposa é um pedacinho da gente que está ali. Olha, nessa parte, me desculpe a palavra, é um pouco de ignorância ter ciúmes. É uma parte muito linda, então não há como a pessoa em sã consciência ter ciúmes do filho que está ali. É uma coisa linda, é uma dádiva que Deus dá para a gente. Ciúmes tem gente que tem, mas, para mim, não é cabível. No meu caso, eu não tive ciúmes, gosto da dedicação que ela tem com o meu filho, é uma coisa muito linda a mãe amamentando. Quando ela voltou a trabalhar, também foi uma parte complicada. Porque ela ficou, no total, cinco meses, e quando ela voltou a trabalhar eu já tinha programado as minhas férias, para ficar com o bebê mais um mês. Já tínhamos decidido que tínhamos medo de deixar o bebê, por ser muito novinho, na escolinha e em creche. Por ser tão frágil e novinho, colocar em creche, até por causa de refluxo, pois a gente ouviu falar que, como são muitas crianças, elas mamam e já vão para o berço. A gente ficou muito temeroso nessa parte. Eu não tive problemas para cuidar

do meu filho, acho que o pai nasce. Essas dificuldades existiam até eu trocar a primeira fralda e dar a primeira mama. No começo, você não tem muito jeito, tem dificuldade para trocar a fraldinha, mas dessa parte eu já estava meio estruturadinho, porque eu já tinha feito um cursinho para os pais de primeira viagem. Então, nesse curso ensinava como trocar uma fraldinha de bebê, os cuidados com assadura, como amamentar, como segurar no colo. Então, eu já estava estruturado. No começo é meio complicadinho, mas agora eu já sou um pai bem melhor. Para voltar a ter relação foge um pouco do normal, porque tem o bebê do lado. Mas, para mim, foi tranquilo, foi sossegado, não teve problema nenhum. É como se, no fundo, a gente estivesse sempre estruturado. Depois que meu filho nasceu mudou uma coisa dentro de mim. Eu sempre fui uma pessoa muito afetiva, mas, hoje, vendo o que eu era antigamente, essas coisas mudam, você passa a ser muito mais afetivo, muda o seu jeito de pensar em relação a coisas que se tratam de filhos. O pai vai lutar pelo seu filho até o último momento, porque o amor que ele sente por esse filho nenhuma pessoa que não tenha filho vai entender”.

André: 34 anos, 12 anos de estudo, vigilante, casado há 8 anos, tem um filho e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“O primeiro pensamento que veio com a gravidez foi a responsabilidade e o segundo, o medo de faltar alguma coisa. Na parte sexual, ela mudou no sentido do interesse, antes tinha mais interesse e hoje não tem mais. A parte da dieta (resguardo sexual no pós-parto) foi difícil, muito complicado”*

Sua narrativa: *“Eu tive experiência com gestação só com parentes, com minha mãe e com a minha irmã que tiveram filhos, mas experiência pessoal só tive mesmo com a minha esposa. Eu não queria que ela engravidasse, mas acabou acontecendo. Eu não queria porque nessa época eu não tinha emprego fixo, não tinha condições e minha casa ainda não estava construída. Quando eu fiquei sabendo da gravidez, me senti culpado por causa das condições financeiras, porque um filho dá muitos gastos. Eu fiquei muito assustado, não sabia o que fazer, na época eu estava com 26 anos e ela com 28. Ela esperou que eu assumisse o filho; claro que eu assumi, não pensei em rejeitar, nem ela e nem a criança, o problema foi que ela me pegou de mãos atadas. Foi difícil para mim, mas não pensei em aborto, porque eu gostava muito dela, só que a gente não esperava uma criança naquele momento. Com a gravidez, o corpo dela mudou, caiu tudo, os seios ficaram grandes e ela engordou muito também. Antes ela era magrinha, depois ficou gorda, nossa... Sei que na época ela estava com uns 47 kg e passou dos 60 kg, engordou muito. Para mim, não teve problema nenhum, pois eu gostava muito dela, para mim não diferenciou em nada. Já na parte sexual ela mudou um pouco, no sentido do interesse, né, pois antes da minha filha nascer ela tinha mais interesse sexual por mim, hoje já não tem mais. Durante a gestação tinha relação sexual até que normal, mas depois que minha filha nasceu, diminuiu um pouco. Eu fico um pouco chateado né, porque às vezes quero namorar, chegar perto e ela não quer, sempre diz que está cansada. Eu acho que às vezes é um pouco pela criança, porque lá em casa tem pouco espaço, minha filha ainda dorme no mesmo quarto que nós, então não temos aquela liberdade que tínhamos antes. Eu não conversei com ela sobre isso, porque minha mulher é assim, quando não*

quer uma coisa, esquece, aí eu prefiro não forçar. Uma vez cheguei a procurar outra mulher fora de casa e ela acabou descobrindo. Não valeu a pena, deu aquela briga e eu quase me separei. É uma coisa que eu não aconselho para ninguém, porque às vezes a gente acha que sexo é tudo – e não é. Na gravidez, teve também uma época que ela sentia muito enjoo e eu fiquei com um pouco de nojo dela, nojo de beijar, porque ela só vomitava. Então era complicado porque ela reclamava: “Você não me beija mais...”. Eu não sabia muito porque a mulher ficava assim, enjoada e vomitando. Se eu soubesse, teria me ajudado. A atenção também diminuiu bastante, não era mais como antes. Eu me sentia meio colocado de lado, não era paparicado (risos). Eu sentia falta de ser paparicado, mas acabava entendendo, pois a convivência é isso mesmo. Essa segunda gravidez está sendo um pouco diferente da primeira, ela está mais experiente, já tem uma filha agora. Em relação ao corpo, ela está bem mais gorda e isso me chateia, mas não muito. Eu não falo nada para ela, porque acho que ela não tem culpa de nada disso, está grávida e também porque eu gosto dela do jeito que ela é. Gostar ajuda muito, porque se eu não gostasse dela, acho que não ficaria com ela de jeito que está hoje. Eu gostaria que ela ficasse magrinha, mas não tem problema, não fico cobrando isso dela não. Às vezes ela passa mal, tem que tomar soro, se sente muito fraca por causa do enjoo, mas não chega a desmaiar, não. Esses meses atrás ela estava sentindo umas dores perto da virilha, aí ela reclamou e eu fiquei preocupado. Ela acabou indo no posto de saúde e a médica disse que era infecção de urina, mas no exame não deu nada, aí ela orientou minha esposa a não pegar mais peso. Agora eu estou fazendo tudo em casa para ajudar ela a não pegar peso. Eu entendo bem essa parte e não me queixo não. Eu sempre ajudei minha mulher em casa; o que ela pede eu faço, não tem problema não: lavar roupa, carregar balde de roupa, colocar roupa na máquina, que é pesado. Também percebo que, às vezes, ela fica um pouco irritada e eu não tenho muita paciência, não. Ela fica nervosa porque a menina faz muita bagunça e às vezes eu vejo que ela está sem paciência. Eu não entendo muito bem essas mudanças dela, vou ser sincero. Ela não ajuda muito, às vezes diz que está cansada e que não quer papo. Mesmo ficando em casa esses dias porque

está desempregada, às vezes eu chego do serviço e ela está irritada. No final da gestação, tanto dessa agora quanto da outra filha, eu fiquei muito preocupado, pois não sei a hora de levar para o hospital. Eles marcam a data, mas nunca é o dia certo e a hora certa. Mesmo fazendo ultrassom e acompanhando tudo direitinho, a gente fica preocupado se vai dar tudo certo ou não. No dia do parto eu não pude entrar, eu pedi e eles não deixaram, eu não sabia se o marido podia entrar e até hoje eu não sei se existe esse direito. Eu só conhecia o direito à licença paternidade, mas na época eu não trabalhava registrado. Quando minha mulher chegou em casa depois do parto, eu tinha medo de pegar a criança. Até no hospital eu não peguei a menina porque ela era tão pequenininha. Também não ajudei a dar banho, quem ajudou foi a prima dela; eu morria de medo (risos). Eu queria ter ajudado, mas acho que era medo, pois homem é mais desajeitado. Eu achava bonito ela amamentar, eu acho até hoje. Não sinto ciúmes da criança não, pelo contrário, minha filha que tem ciúmes de mim, eu nunca tive ciúmes dela. A parte da dieta (resguardo sexual no pós-parto) foi difícil, foi muito complicado. Eu acho que tem que esperar mesmo, não tem jeito, 40 dias. Imagina minha esposa que fez cirurgia, eu não podia fazer nada mesmo né, nem que eu quisesse. Eu tinha medo, até no dia que ela estava livre do resguardo, eu perguntei se ela queria esperar mais. É, tem que esperar, tem que segurar. Quando ela teve o primeiro nenê, ela era registrada e pegou licença. Antes ela dava só o peito, a pediatra queria que só desse peito, não desse papinha para o nenê, não desse nada. Quando ela começou a trabalhar, ela começou a dar mamadeira e minha filha não queria, não acostumou com mamadeira, não comia nada, dependia só do leite do peito, então sentimos muita dificuldade nessa época. Acho que falta orientação em todos os sentidos, como o marido pode ajudar a esposa e dar conforto para o nenê também. Porque na época minha esposa trabalhava e eu que acabava tomando conta da minha filha no período da tarde e, para mim, foi difícil. Eu cuidava, trocava fralda, fazia mamadeira, mas não dava banho, quem dava era minha vizinha. Mas às vezes ela chorava e eu não sabia por quê, me sentia de mãos atadas, às vezes ela engasgava e eu não sabia o que fazer. Eu acho que a minha esposa também não foi muito bem

orientada, porque todo aquele problema que a gente teve foi devido à alimentação. Minha filha ficava doente porque não comia direito, chegou até a perder peso. Eu também não sei se a orientação do pediatra é correta, eles acham uma coisa e os mais velhos, que já tiveram filho, tem outra mente né. Minha esposa ia na pediatra e ela falava que era só para dar o peito que era suficiente, mas o grande problema é quando minha esposa precisa voltar a trabalhar”.

Caio: 48 anos, 10 anos de estudo, motorista, casado há 4 anos, tem dois filhos e é espírita.

Tom Vital da Narrativa: *“Curti muito a gravidez, foi muito legal. Tinha muito cuidado com minha esposa. O serviço mais pesado era eu quem fazia. Eu me sentia bem em ajudar de alguma forma”.*

Sua narrativa: *“Acompanhei a gestação dos meus dois filhos, mas não participei do pré-natal por causa da profissão; eu saía cedo e só chegava no dia seguinte. Quando eu tinha dúvidas, perguntava para minha esposa e ela passava para o médico, o médico esclarecia e ela passava para mim. Na época, o médico incentivava a presença do marido e sempre dizia para minha esposa: “Quando puder, traz o marido para a gente conversar”. Se eu tivesse tido a oportunidade de participar de um grupo de pré-natal, com certeza eu participaria. Um material educativo também poderia ajudar. Eu acompanhei o parto dos meus dois filhos, mas como os dois foram em hospital público não pude entrar, fiquei esperando do lado de fora da sala de parto. Acabei não ajudando, mas fiquei muito preocupado que tudo desse certo. Pedi a Deus que abençoasse a mão do médico para que corresse tudo bem. Tanto da primeira como da segunda esposa, eu queria ter um filho. A minha primeira esposa teve muito problema para engravidar, só depois de um tratamento de quase um ano na Maternidade Cachoeirinha que ela conseguiu. Então a gente se apegou demais nessa gravidez. Foi muito bom, a gente curtiu bastante a gravidez, queríamos muito essa criança. Já a gravidez da minha segunda esposa foi sensacional. Quando ela ficou grávida, tínhamos muito amor e carinho pela criança. Essa gravidez eu curti um pouco mais porque eu tinha mais tempo em casa. Eu curti muito a gravidez, brincava, passava a mão na barriga dela e cantava, eu acho que a criança até escutava, pois ela mexia de um lado para o outro, foi muito bom. Quando minha primeira esposa engravidou, ela ficou um pouco mais distante de mim, tinha um pouco de nojo de algumas coisas, chegava até a ter ânsia, ela era um pouco fria comigo. Mas eu entendia, nem me preocupava e não falava nada, porque eu sabia que era um pouco por causa da gravidez. Ela também ficava muito nervosa e ansiosa. Eu escutava minha mãe falando que as mulheres às vezes ficam um pouco chatas e começam a*

chorar. Eu dizia para ela: “O que você tem? Você está bem? Não fica assim, vai dar tudo certo!”. E ela dizia que não tinha nada, que estava ótima.

Com a primeira esposa, devido a gravidez ter sido de risco, a gente não podia ter relação sexual. Eu fiquei nove meses sem poder fazer nada. O médico falava: “Nem encosta nela, porque ela pode perder o bebê”. E ela sempre perguntava se eu não estava fazendo nada de errado na rua e eu dizia que não. Graças a Deus eu tenho uma cabeça legal, sofri bastante, mas como a gente queria muito a criança, eu pensava: “Vale a pena o esforço”. Com a segunda esposa foi diferente, a gente teve relação sexual normal até o oitavo mês, do jeito que o médico ensinou. Curti muito a gravidez, foi muito legal. Tinha muito cuidado e dizia: deixa que eu faço isso, faço aquilo, limpo a casa, e não deixava ela fazer tudo. Alguma coisa mais leve ela fazia e o mais pesado era eu quem fazia. Gostava de fazer o serviço da casa, me sentia bem de ajudar de alguma forma. Depois do parto, quando o nenê veio para casa, a gente fica muito preocupado. Só a criança se mexer no berço que a gente já acorda. Eu também ficava preocupado depois que a criança mamava, quando não arrotava ou quando vomitava. Depois que a criança mamava, eu colocava de lado no berço e ficava de pé do lado para não acontecer nada. Ter um filho para mim foi uma coisa muito importante. Depois que a gravidez acontece, muda tudo, sua vida muda, você é pai, tem que estar mais comprometido com as suas coisas, tem que ter muito mais responsabilidade, trabalhar, pagar as contas e ainda ter uma reserva para cuidar da criança. Fazer é gostoso, mas depois cuidar e criar que é difícil. Criança não é para chegar, fazer e falar “não quero mais”, como a gente vê por aí, que as pessoa até jogam fora as crianças. A criança tem que vir num ambiente sadio, tanto faz a pessoa sendo pobre ou rica, tem que ter uma boa educação, criação e alimentação”.

Daniel: 41 anos, 18 anos de estudo, agente de trânsito, casado há 7 anos, tem dois filhos e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Tornar-se pai é maravilhoso, é uma parte de você que está ali, que depois você vai embora e vai continuar. Depois que me tornei pai tive mais responsabilidade, fiquei mais voltado para os filhos e para a família. Você não pensa mais em você, acaba pensando mais nos filhos”.*

Sua narrativa: *“Quando ela engravidou, eu queria e ela também, a gente planejava e depois de um tempo aconteceu. Eu fiquei muito feliz com a notícia, não tenho nem como explicar; eu fiquei muito contente. E quando veio o ultrassom que era gêmeos, melhor ainda, pois e sempre quis ter dois filhos. Eu participei desde o pré-natal, fui praticamente a todas as consultas, mas não ficava fazendo perguntas, só ficava olhando. Não tinha experiência, era meu primeiro filho, na verdade os primeiros, pois a gestação era de gêmeos. Foi uma surpresa, a gente não sabia, ficamos sabendo no primeiro ultrassom, quando apareceram dois naquele desenho. Durante a gestação, eu tinha dúvidas em relação ao tempo de gestação e o nascimento das crianças, se iam nascer grandes, se iam nascer com problemas. Essas dúvidas eu esclarecia com o próprio médico, mas acredito que uma cartilha com informações sobre a gravidez, com desenhos, ajudaria muito. Como era a primeira gravidez, meus primeiros filhos, eu não conhecia nada, tudo era novo para mim e ter uma cartilha para ficar olhando com certeza teria me ajudado. Com a gravidez o corpo dela foi mudando, a barriga foi crescendo e ela ficou mais lenta para andar. Parou de trabalhar e ficava em casa, que era para ter mais cuidado. Já no psicológico ela ficou mais meiga. No primeiro mês, o médico sempre falava que tinha que ter mais cuidado na hora de ter relação sexual para não perder os bebês. Depois dos quatro meses, quando a barriga dela começou a crescer, eu tinha medo de acontecer alguma coisa com as crianças, tinha medo de machucar. As pessoas dizem que não tem problema, mas dependendo da posição, a barriga dela incomodava. A gente diminuiu o ritmo nessa parte, mas deu para controlar. Eu não tive vontade de sair e procurar outra mulher fora; no meu caso eu queria muito as crianças, estava mais voltado para ela. Mas existem vários tipos de homens, têm*

alguns que já tem a tendência de pular a cerca mesmo, sem motivo. Então isso acaba ajudando, é mais uma desculpa. No final da gestação eu fiquei ansioso, porque a cesárea já estava marcada há algum tempo, aí ela ia ao médico, fazia os exames e ele falava que tinha que esperar mais um pouquinho, que ela tinha que aguentar até o dia que estava marcado. Até que na última consulta ele falou: “Vai ter que ser agora”. Acho que deu problema no líquido, não sei explicar, só sei que as crianças já estavam formadas e precisava tirar. Eu acho que minha esposa que escolheu cesárea e o médico também. Ela preferiu cesárea porque era mais fácil. No momento do parto, eu não acompanhei a minha esposa, eu fiquei lá fora, não quis entrar, porque eu não tenho muito coragem e não sabia como ia ser. O irmão dela que entrou, gravou o parto e depois eu assisti. Quando acabou o parto eu entrei na mesma hora e os cinco dias que ela ficou no hospital, eu fiquei lá. No segundo dia, deu problema de falta de açúcar no sangue em um dos bebês, aí ele precisava ficar internado mais um dia e o outro foi liberado. Mas, como eu queria trazer os dois para casa, então os dois ficaram lá até a alta. Quando eles chegaram em casa, minha sogra ajudou o tempo todo, né. Ela ajudava e eu ficava olhando, porque eles eram muito pequenininhos e eu ficava com medo de pegar, de machucar. Eu não tinha muito jeito. Ai quando foram ficando maiorzinhos, eu fui pegando. Acho que na cartilha é importante dizer como é a gravidez, todo o processo até o final, para a pessoa não ficar sem ter um conhecimento. E também os cuidados com a criança até uns seis anos de vida, porque quando o bebê nasce as pessoas não sabem como pegar, dar banho, comida, todos esses negócios. Tornar-se pai é maravilhoso. Para mim, é uma parte de você que está ali, que depois você vai embora e vai continuar. Depois que me tornei pai tive mais responsabilidade, fiquei mais voltado para os filhos e para a família. Você não pensa mais em você: acaba pensando mais nos filhos”.

Davi: 39 anos, 11 anos de estudo, vigilante, casado há 17 anos, tem dois filhos e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Eu nunca recebi a notícia que ia ser pai da forma como as pessoas estão acostumadas a receber, como se fosse uma dádiva, uma coisa divina, uma coisa maravilhosa, uma alegria. Eu nunca recebi a notícia dessa forma, foi sempre ao contrário”.*

Sua narrativa: *“A gravidez da minha primeira filha não foi uma gravidez planejada. Quando minha esposa ficou sabendo que estava grávida, ela me contou de uma maneira como se não aceitasse a situação, ela falou para mim de uma forma como se a criança fosse para ela uma coisa inesperada, um fenômeno, né. Mas conseguimos superar, ela passou as dificuldades dela e eu passei as minhas. Ter um filho era o que eu sempre quis, porque meu sonho era esse. Eu queria ser pai, não importava se era menina ou menino, eu só queria realizar esse sonho de ser pai. Graças a Deus, deu tudo certo. A gravidez do segundo filho foi a mesma coisa: ela nunca me deu notícia de como estava indo a gravidez, como se não fosse filho meu. Ela fala até hoje sobre isso, como se fosse um empecilho para ela. Apesar dela não ter gostado, eu me senti realizado. Mas hoje eles estão aí, ela é uma mãe maravilhosa e cuida muito bem das crianças. Eu nunca recebi a notícia que ia ser pai da forma como as pessoas estão acostumadas a receber, como se fosse uma dádiva, uma coisa divina, uma coisa maravilhosa, uma alegria. Eu nunca recebi a notícia dessa forma, foi sempre ao contrário, como alguma coisa inesperada, uma surpresa. Sabe quando uma pessoa que tem muitos planos na vida, que precisa fazer alguma coisa, e de repente fica grávida e tem que deixar tudo para trás para cuidar daquela criança? Foi assim no caso da minha mulher, mas superamos. Eu tinha um sonho, tinha mesmo, uma vontade de ser pai. Isso estava nos meus planos, não sei se nos dela naquele momento. Eu não estou querendo dizer que ela seja uma mãe ruim, não é. Nossa... meus filhos estão aí, sem nenhuma sequela. Com a gravidez, acho que ela mudou a forma de pensar, a forma de agir, a forma de se comportar. Porque, quando ela estava grávida do primeiro filho, ela teve problemas de pré-eclâmpsia; então ela teve que se adaptar a uma situação completamente diferente daquela rotina que ela levava, tinha que*

se submeter a certas regras. Eu acho que a parte dela ela fez, tanto é que a menina está aí, né. Eu acho que de lá para cá ela mudou em tudo. Depois que a ficha caiu, ela se adaptou e eu também me adaptei muito, muito mesmo, porque eu sempre fui muito livre, eu nunca lidei com essa responsabilidade toda. Mas procurei fazer da melhor forma possível e sempre ajudar. Você deixa de fazer suas coisas, você deixa de seguir a sua rotina, você passa a ser uma coisa secundária dentro de você mesmo. Eu estava preparado para isso, porque ser pai era meu sonho. Quer dizer, não sei se seria bem uma preparação, mas eu sempre observei muito as pessoas ao meu redor, aquelas que eram mães e pais, a forma que eles se comportavam. Mas uma coisa é você estar preparado mentalmente, outra coisa é você vivenciar aquilo. Eu acho que isso não pode ser ensinado, você não pode ensinar para alguém o que ela ainda não viveu. Eu achava que eu estava preparado, mas só hoje eu estou preparado porque eu tenho essas duas coisas aqui do meu lado. Hoje eu sei o que é isso e fico até emocionado de falar. Você pode achar que está preparado, mas você nunca vai saber o que significa, se você não participar da gestação, do nascimento e conviver com seus filhos. Eu acho que a mulher vivencia a gravidez de uma forma muito grande, fisicamente e mentalmente; já o homem vivencia apenas psicologicamente, ele participa, é um coadjuvante daquela situação. Cada um vivencia de um jeito, depende do grau de envolvimento. Na minha relação com a minha mulher, era um seguindo para a direita e o outro seguindo para a esquerda, sem que nenhum dos dois ou apenas um soubesse. E em um desvio de percurso é que aconteceu a gravidez. De vez em quando ela ainda pergunta: “Realizei seu sonho?”. Ela nunca diz que ficar grávida era um sonho dela, talvez ela não se sentisse preparada para ser mãe, sentiu-se culpada por não poder dar aos nossos filhos um futuro melhor, uma vida mais estabilizada. Na primeira gravidez, ela estava muito envolvida comigo, apaixonada, amor mesmo, que ela se sentiu no dever de realizar o meu sonho, mesmo não estando preparada para isso. No começo da gravidez foi tudo normal, mas depois ela mudou da água para o vinho, foi uma mudança radical, no corpo e na mente. Ela se tornou muito reservada, mas eu sempre tentava conversar e buscar informações que ela precisava.

Após o terceiro mês de gestação, ela começou a me evitar e eu achava que era por birra, mas depois entendi que o organismo tem um limite. Quando foi se aproximando do parto eu fiquei inseguro por ela ter sido encaminhada para o Hospital das Clínicas. Ela ficou um mês internada, pois teve pré-eclâmpsia e só saiu de lá com a criança no colo. Chegando em casa, a parte da dieta foi difícil, mas o sentimento de ser pai inibe um pouco o desejo da pessoa. Você se torna tão preocupado com aquela pessoa que você gosta, ama, que acaba se adaptando psicologicamente, mesmo sem saber. A paternidade transforma o homem, ele se torna mais humano. Os homens não devem tentar entender, devem apenas participar, viver aquela situação. Eles não devem julgar e criticar, precisam apenas ter paciência, porque a paciência é fundamental”.

Elias: 28 anos, 7 anos de estudo, balconista, separado, foi casado por 6 anos, tem um filho e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando minha esposa chegou em casa com o bebê eu senti bastante dificuldade, tanto é que eu tive que procurar uma psicóloga para esclarecer algumas coisas, porque fiquei doente, eu nunca tinha sido pai, fiquei preocupado. Se a criança espirra eu achava que estava sentindo alguma coisa, se chorava eu achava que estava doente”.*

Sua narrativa: *“Quando minha mulher fez pré-natal, eu acompanhei quase todas as consultas, outras eu não fui porque estava trabalhando e o patrão não liberava. Mas sempre que dava, eu saía mais cedo e acompanhava. Ela fez o pré-natal com médico e ele me chamava às vezes para participar, dizia que eu tinha que ir para ver como que era e minha esposa cobrava muito isso. Durante a gestação, o médico achou um probleminha; ele disse que ela estava com pouco líquido na barriga, ai eu sempre perguntava se a criança poderia nascer com alguma dificuldade, com alguma doença e ele falava que não. Sempre que eu tinha dúvidas, eu conversava com o doutor no dia da consulta. Acho que um grupo de gestantes com os maridos não seria muito importante, pois não são todos os homens que vão nesses lugares acompanhar as mulheres. Eu presenciei no pré-natal muitas mulheres sozinhas, elas entravam no consultório e eles ficavam na sala de espera, porque é muito difícil, para nós homens, entender esse lado. Acho que isso acontece pelo machismo; muitos homens acham que só a mulher tem que cuidar da criança, tem que entender disso, e não é isso: tem coisa que a mulher não entende e que a gente tem que correr atrás. O médico dela também deu uma cartilhinha explicando sobre a gravidez e os riscos, acho que isso ajudou bastante. Mas era uma cartilha mais voltada para a mulher, eu que me interessei, peguei e comecei a ler, mas acho que se tivesse alguma coisa explicando mais para o homem seria melhor ainda. Quando o corpo dela começou a mudar, eu achei um pouquinho estranho, porque eu estava acostumado com aquele corpinho que ela tinha, ai ela começou a engrossar e eu comecei a ficar um pouquinho mais longe dela. Não sei por que acontece isso, mas eu senti muita diferença. Durante a gestação, ela ficou muito emotiva, chorava por tudo, ficou mais sentimental. Eu achava um*

pouco estranho, porque ela não tinha aquele costume de ficar chorando sempre, tudo o que eu fazia era motivo de choro. Por isso que eu fui atrás da cartilha, para entender o significado de tudo aquilo, se a gravidez dava isso mesmo ou se ela que tinha enjoado de mim. Em relação à parte sexual, nos primeiros meses da gravidez, eu senti uma pequena diferença, mas depois não, foi normal. A gente tinha mais cuidado porque eu tinha medo de prejudicar a criança. Mas me informei e descobri que fazer amor não prejudica a criança e que às vezes a mulher sente mais necessidade nessa época. No oitavo mês ela teve um problema na placenta e a criança estava ficando sem ar, aí o médico disse que precisava fazer a cirurgia urgente. Ele perguntou se eu queria entrar, se queria gravar o parto, mas como eu precisava correr atrás das coisas, pegar as roupas, fui para casa e quando voltei o médico já tinha tirado a criança. Quando minha esposa chegou em casa com o bebê eu senti bastante dificuldade, tanto é que eu tive que procurar uma psicóloga para esclarecer algumas coisas, porque eu fiquei doente, eu nunca tinha sido pai, fiquei preocupado. Se a criança espirra eu achava que estava sentindo alguma coisa, se chorava eu achava que estava doente, entendeu? Aí tudo isso eu perguntei para a psicóloga e ela acabou me esclarecendo: “Se a criança chora é sinal que está bem, se ela ficar parada demais ela está doente”. Quando ela tomava leite e eu sentia que ela golfava, eu me apavorava. Eu tinha muitas dúvidas, como ainda tenho. A primeira fralda do meu filho eu troquei com oito meses, acho que se tivesse uma cartilha sobre isso ajudaria bastante, não só eu, mas também outros homens. Na época que meu filho mamava no peito, eu discuti com a minha esposa, porque com seis meses ela o tirou do peito e eu falei para ela que estava errado; tanto é que até hoje o menino sente falta, fica passando a mão no peito dela, isso eu acho que é errado, porque só seis meses é pouco para alimentar a criança. Nessa época, eu fiquei um pouco incomodado, tinha um pouco de nojo, não sentia mais vontade de encostar na mama dela, não só por nojo do leite mas porque ali era a alimentação do meu filho. Depois do parto, ficar sem ter relação com ela foi um pouquinho ruim, porque o nosso relacionamento era muito amoroso; aí ficar 40 dias sem relação, em quarentena, foi um pouco sufocado, mas eu fui aguentando. Se

eu falar que não cheguei a pensar em procurar outra mulher, estarei mentindo, mas eu acabei entendendo o que era para ser feito e não procurei outra. Depois que a criança nasceu, ela começou a me evitar, colocava a criança no meio da cama e eu no canto, depois começou a pedir para eu dormir no quarto do lado porque a criança estava ocupando muito espaço na cama e ela não podia deixar a criança sozinha. Eu percebia que ela estava sentindo alguma coisa estranha, diferente. Eu cobrava isso dela, e ela falava que não tinha mudado nada e que não estava diferente. Ai a gente acabou se distanciando e se separando”.

Gabriel: 27 anos, 11 anos de estudo, vigilante, casado há 3 anos, tem um filho e é protestante.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando ela me deu a notícia da gravidez fiquei nervoso, assustado com a responsabilidade, perdido, sem saber o que fazer, pois nunca tinha sido pai, não sabia como lidar com recém-nascido, não sabia o que fazer, não sabia que providências tomar. Você se preocupa com as despesas, não tem experiência, tinha toda essa preocupação”.*

Sua narrativa: *“Quando ela ficou sabendo que estava grávida ficou muito feliz, pois era um desejo dela, tudo que ela queria era ter um filho, só falava nisso. Eu não tinha a intenção de ter filho naquele momento e não queria que ela tivesse engravidado, por causa da questão financeira; não tinha casa, não tinha nada, essa era minha preocupação. A gente não esperava uma gravidez, pois ela estava tomando remédio. Tínhamos plano de nos casar, mas não naquele ano, mas, quando eu fiquei sabendo, ela já estava grávida e tivemos que adiantar o casamento. Quando ela me deu a notícia da gravidez fiquei nervoso, pois você pensa assim: Será que eu vou conseguir cuidar da criança, será que vai dar para eu criar? Eu fiquei assustado com essa responsabilidade, fiquei meio perdido sem saber o que fazer. Eu nunca tinha sido pai, não sabia como lidar com recém-nascido, não sabia o que fazer, não sabia que providências tomar. Você se preocupa com as despesas, você não tem experiência como pai, tinha toda essa preocupação. Minha esposa fez o pré-natal, mas eu não acompanhei devido ao trabalho, não pude ir a nenhuma consulta. Quando eu tinha dúvidas não conseguia esclarecer, acho que se tivesse um grupo de gestantes onde os maridos pudessem participar seria interessante ou um material escrito. Durante a gravidez, ela mudou fisicamente, mas a parte emocional não, pelo contrário, a cada dia ela ficava mais feliz. Quando o corpo dela começou a mudar, eu achei meio estranho, porque a pessoa engorda bastante, muda muito o visual. No começo a gente fica meio assustado, fiquei até preocupado porque ela ganhou mais de 21 Kg, ficou muito inchada e, às vezes, sentia dor. Eu ficava sem saber se isso era normal, se ela estava ganhando peso por causa da criança e se isso poderia trazer algum risco para o bebê. Eu não sabia o que fazer, acho que se tivesse um livro*

explicando essas coisas me ajudaria muito. Durante a gravidez, minha esposa falava que a maioria das mulheres evita o marido, mas no nosso caso não foi assim, foi tudo normal, ela nem sequer enjoou na gravidez, passou muito bem, não enjoou de mim, não enjoou de nada. Já no final da gestação ela sempre sentia dores e eu não sabia se era dor de cólica ou se já era dor de parto. Eu não sabia o que fazer e que remédio podia dar; eu só gostaria de saber por que a mulher sente tanta dor e que remédio ela pode tomar durante a gravidez, pois isso foi uma grande preocupação minha. Um dia ela começou a ter muita dor, então eu a levei para o hospital e eles não deixaram vir embora, pois disseram que ela estava quase ganhando e que o bebê era prematuro. Ela ficou internada, tomando soro, mas, no outro dia de manhã, o bebê nasceu. Eu não consegui assistir o parto, pois, quando eu fui visitar ela, ela já tinha ganhado. Foi parto fórceps, eu pensava que nem existia mais isso. Quando ela chegou do hospital com o bebê nós não tivemos dificuldades, porque ela ficou com ele no hospital mais uns três dias – e eu ficava lá o dia inteiro. Eu não aprendi a dar banho, mas seria preciso, querendo ou não, pois ela já falou que eu vou ter que dar, porque ela vai voltar a trabalhar. Essa parte da dieta não teve problema nenhum, nunca pensei em traição, penso que casamento é uma coisa muito séria, então para que procurar outra se eu já tenho uma mulher? Eu quero ter a minha família e dar o melhor para ela, esse é meu jeito, mas ser evangélico também ajuda. A gravidez é um processo muito curioso, você não vê a hora de nascer, quer logo saber como é, fica com aquela preocupação de nascer com algum problema, essa é a maior preocupação do pai. Quando não somos pai, só queremos saber de vaidade, de comprar coisas para nós, e depois que você se torna pai, você só pensa no filho”.

Isaque: 33 anos, 15 anos de estudo, bancário, casado há 11 anos, tem dois filhos e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando cheguei em casa, não tinha mais enfermeira. A primeira noite, fiquei em pânico, porque eu não sabia o que poderia acontecer, o que a gente poderia fazer se acontecesse alguma coisa. Se o nenê engasgar, se começar a chorar, se o umbigo estourar, qualquer tipo de coisa”.*

Sua narrativa: *“Na primeira gravidez, nós não éramos casados; nós só namorávamos e a gravidez foi um acidente. Então, realmente foi um momento muito traumático. Eu me lembro que, quando ela falou que estava grávida, eu fiquei muito abalado, muito chateado, porque nós estávamos estudando e éramos muito novos. Foi um momento muito difícil nas nossas vidas né, foi bem complicado, a gente ficou indeciso sobre o que ia fazer e o que a gente poderia ter feito. Mas acho que a gente tomou a melhor decisão, de manter a gravidez. Depois que a gente decidiu pela gravidez, pela manutenção da gravidez, começamos a fazer o pré-natal. A médica foi superatenciosa, conversou bastante com a gente, conversou bastante com a minha sogra, que também ficou muito abalada. Essa profissional, por sua vez, deu um respaldo bem bacana para nós. Durante as consultas de pré-natal, ela perguntava como estava a nossa rotina de casado, como a gente estava fazendo as coisas, como era a nossa rotina de alimentação, de cuidar da casa. Ela ia conversando com a gente sobre essas coisas e também tirando nossas dúvidas. Perguntava se o nenê estava se mexendo, posições de dormir, essas coisas, e a gente ia esclarecendo as dúvidas com ela. Na segunda gravidez, foi totalmente diferente; foi uma gravidez planejada, nós já estávamos juntos, então praticamente a gente curtiu mais a gravidez. Nós tínhamos um pouco mais de experiência e programamos melhor as coisas. Foi mais programada, a gente comprou as coisas, fez o enxoval com mais calma, aproveitamos mais. Nessa época, meu filho já estava com quase oito anos e a gente decidiu que iria ter outro filho. A gente já tinha comprado a nossa casa, estávamos morando na nossa casa, já tínhamos viajado para alguns lugares, já estávamos mais estabilizados financeiramente, profissionalmente também, então a gente decidiu ter outro filho. Foi uma*

coisa que a gente conversou, que em consenso, eu e ela e meu filho, decidimos. Foi uma coisa muito mais tranquila, mais prazerosa. Não que a experiência do primeiro filho tenha sido ruim, ela só foi traumática. Quando a barriga da minha esposa foi crescendo, eu ficava muito preocupado com a criança, de machucar alguma coisa dormindo ou até numa relação machucar alguma coisa, ter algum problema para a criança. Sei lá, se tudo ia correr bem durante o parto, se a criança ia nascer saudável, normal, sem nenhum problema de saúde. Na segunda gravidez, eu não tinha tantas dúvidas, foi uma coisa mais tranquila. Acho que se tivesse um grupo de apoio ao pai que irá ter seu primeiro filho, eu teria participado no meu primeiro filho, no segundo filho eu já acho desnecessário. Um material educativo com perguntas, respostas e ilustrações também teria sido muito útil. No momento do parto, eu sempre participei. No primeiro filho, eu fiquei sentado olhando, fiquei bem próximo do rosto da minha esposa e não vi o meu filho saindo. Eu fiquei lá assistindo, não tive nenhuma ação. Depois que nasceu, o médico me chamou para pegar meu filho, aí que eu fui ver. Já o segundo foi de outra forma, o médico também pediu para eu ficar no canto, só que quando minha filha foi sair, ele pediu para eu olhar; então eu realmente a vi saindo, ela nascendo, saindo da barriga. Foi uma experiência bem mais emocionante, para mim. No primeiro parto, a bolsa estourou e a gente teve que sair correndo para o hospital, né. A bolsa estourou eram nove horas da manhã e foi nascer oito horas da noite. A médica tentou até o último momento fazer um parto normal, mas minha esposa não tinha dilatação e acabou sendo cesárea. No segundo filho, já foi marcada a cesárea, foi mais tranquilo. Nosso primeiro filho nasceu de oito meses, nasceu prematuro e teve um problema, acho que o pulmão dele não tinha se desenvolvido e ele ficou na UTI. Então foi uma situação que, para a gente naquele momento, foi preocupante, né; mas ele não tinha nada grave, ele ficou para receber aquele oxigênio, para dar uma melhorada na parte pulmonar mesmo, na respiração dele. Mas foi a única coisa que nos preocupou um pouco mais. O problema é quando você volta para casa; acho que aí uma cartilha ajudaria bastante. Porque, quando você está na maternidade, você tem os enfermeiros. Então, você precisou trocar uma fralda, se você não está

habitado, você pede para a enfermeira trocar, se você precisa dar um banho, e não está habituado, você chama a enfermeira que ela dá ou te auxilia a dar. Caso a sua esposa esteja cansada, indisposta, ela não precisa ir amamentar, o bebê pode tomar um complemento e ficar no berçário. Eu me lembro que quando cheguei em casa, lembrei que não tinha mais enfermeira. A primeira noite que dormimos sozinhos com o nenê, eu praticamente não dormi, fiquei em pânico porque eu não sabia o que poderia acontecer, o que a gente poderia fazer se acontecesse alguma coisa. Se o nenê engasgar ou se começar a chorar e não parar, sei lá, ou se o umbigo estourar, qualquer tipo de coisa. Acho que é um momento crucial quando você realmente é pai, a ficha cai e não tem ninguém para te ajudar. Tem a sua esposa e o teu filho, nenenzinho, para você cuidar. Quando ele está na barriga, você olha pelo ultrassom, ele mexe, mas ele está na barriga. A tua esposa come, ele come, ela vai no banheiro, ele vai no banheiro, ela toma água, ele toma também. Então, os cuidados para ele, são cuidados para ela. Agora, quando ele vem da maternidade... Aquele primeiro dia, realmente foi o momento mais traumático da minha vida. Até você entender o que a criança quer, você leva um tempinho e nem todas as crianças são iguais. De modo geral, eles são bem parecidos. Para mim, o período da dieta foi tranquilo, porque essa experiência de ser pai toma um pouco a sua disposição para isso, então você acaba deixando de lado. A gente seguiu o que o médico pediu e não teve nenhuma dificuldade. Acho que os casais têm muitas dúvidas sobre relação sexual; é importante saber que a vida sexual do casal durante a gravidez não precisa ser interrompida. Acho que por receio, por vergonha, alguns casais podem chegar ao médico e não ter tanta liberdade para falar sobre isso; então acho importante ter isso numa cartilha. Ser pai é muito gratificante, mas é muito penoso também. É uma coisa que mexe com a sua vida inteira para sempre. Depois que você é pai, você não é mais o mesmo. Por mais que você ainda tenha sua vida, você ainda tenha as suas coisas, o seu pensamento sempre vai estar neles. Acho importante frisar que criança é muito importante, é muito legal, mas que o pai e a mãe precisam estar preparados para ter o filho e aceitar as coisas que acontecem com o filho. Então, se o nenê chora durante a noite ou se ele

troca o dia pela noite, que são coisas que podem acontecer, as pessoas não podem ficar reclamando, lamentando porque não conseguem dormir, não conseguem mais sair, não conseguem mais ter uma vida social por causa do filho. Acho que isso faz parte do aprendizado e é uma passagem importante na vida”.

João: 29 anos, 9 anos de estudo, balconista, separado, foi casado por 7 anos, tem um filho e não tem religião.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando eu fiquei sabendo da gravidez, é uma emoção muito boa. Eu quero ser para o meu filho o que meu pai não pode ser para mim. É uma emoção inexplicável, não tem o que falar”.*

Sua narrativa: *“Durante o pré-natal, sempre que possível, eu estava com ela, mas às vezes não dava por causa do trabalho, às vezes eu tinha que ficar até mais tarde trabalhando e não dava para ir. Ela fez o pré-natal em postinho de saúde e a médica incentivava que eu participasse, acho que era até obrigação dela (risos). Mas, como eu falei, não dava para eu participar em tudo, mas é obrigação do homem, é tão bom, né! (se emocionou). Durante as consultas de pré-natal, eu não chegava a fazer perguntas por que eu sou meio tímido para essas coisas, ficava mais na minha, só observando. Como eu era pai de primeira viagem, eu só via a fotinho dele no ultrassom e ficava bobo, não conseguia perguntar nada, só não via a hora dele nascer. Quando tinha alguma coisa diferente, eu perguntava para ela, para minha ex-mulher, e ela falava como ele estava, se estava virado ou não, se estava chupando o dedo ou não e essas coisas. Mas para o médico eu não cheguei a perguntar nada. Também não perguntava para os meus amigos, porque a maioria deles não tinha filho, eu fui o primeiro. Eu senti um pouco de falta de ter alguma coisa para ler, porque sempre é bom você aprender. Acho que um grupo de pais também seria muito importante (risos), seria porque como ia ser só os pais, acho que eu mesmo não teria tanta vergonha, a gente ia debater mais, conversar mais, para saber mais das coisas. Quando ela falou que estava grávida eu não acredite muito, porque a gente já tinha tentado antes e não tinha conseguido. Mas quando eu tive certeza, vixi... foi as mil maravilha. Com meu pai, eu passei muito pouco tempo, porque ele faleceu. Ai, quando eu fiquei sabendo da gravidez, vixi... é uma emoção muito boa. Eu quero ser para o meu filho o que meu pai não pode ser para mim. É uma emoção inexplicável, não tem o que falar. Durante a gestação, como ela era magrinha, inchou bastante, foi notório isso, mas depois de nascer ficou tudo normal. Era estranho, porque a gente nunca passou por isso, né. É a primeira experiência, está acostumado com a*

peessoa daquele jeito. Mas eu não fiquei incomodado com isso, porque só o fato de saber que tem um nenezinho ali dentro, não pode se importar com essas coisas, de jeito nenhum. Ela também ficou um pouco enjoada, como eu vou dizer... Um pouco chata, mas, para mim, não mudou muito coisa, porque ela já era chata antes, então eu acostumei com o jeito dela, então não mudou muita coisa, não. Quando a barriga dela começou a crescer, isso me incomodava; tipo assim, quando a gente ia dormir eu tinha medo de bater na barriga, machucar o nenê, sei lá, algum movimento e machucar ele, até abraçar ela eu tinha medo. A parte sexual também foi um pouco complicada, porque, como eu falei, eu tinha medo de machucar ele, então eu até procurei evitar um pouco. Eu sempre tive dúvida sobre isso e até hoje eu tenho (risos). Minha ex-mulher também achava que machucava, ela também tinha medo, como é pai e mãe de primeira viagem você fica com medo de acontecer alguma coisa. O pior é que eu nunca perguntei isso para ninguém, por causa da vergonha (risos), eu sempre tive vergonha de perguntar essas coisas, não tem jeito (risos). No começo da gestação, a gente achava que era menina, até o quarto ultrassom deu menina, aí os dois últimos deram menino, então a dúvida só foi essa. A gente chegou a comprar tudo de menina, aí teve que trocar tudo, vender, comprar de novo. Em relação à saúde do bebê, eu não tive dúvida, porque toda vez que a gente ia lá eles falavam que estava tudo bem; aí eu não fiquei muito preocupado. Com nove meses e dois dias, ela começou a ter dor; aí eu a levei no hospital e ela ganhou a criança, mas foi cesárea, não foi normal, não me lembro porque foi cesárea. Mas eu não pude assistir o parto, eles não deixaram ficar, não deixam os pais entrarem, porque é hospital público. Eu fiquei chateado, porque eu queria ter assistido. Nem no outro dia eu pude ficar com ele, eram dez minutos e tinha que ir embora. No final da gestação, eu fiquei um pouco preocupado, mas acho que a mulher sabe a hora certa que vai nascer. Ela mesmo que vai falar se é uma dorzinha normal ou não. Só na hora que doer forte mesmo é que eu vou levar ela para o hospital. Mas eu fiquei atento, porque já pensou nascer dentro do carro, aí acontece alguma coisa (risos). Quando ela chegou em casa com o meu filho, a mãe dela e a minha mãe, que ajudaram a cuidar dele, elas já tinham experiência, aí não deu para ter

muita dúvida. Eu gostava de vê-la amamentando meu filho, ficava perto dela, dos dois, não sentia ciúmes, não. Também não tinha nojo de sair leite do peito dela, eu só não gostava de chegar perto, porque, como meu filho mamava, eu não queria fazer nada de errado, porque sei lá... Eu ficava meio receoso, porque, como ele mamava, tinha que sempre estar ali bonitinho, limpo. Depois do parto, ficar sem relação sexual foi um pouco difícil, para quem é acostumado e está casado é muito difícil mesmo (risos). Mas eu consegui, por causa do respeito também: tem que respeitar. Nunca pensei em procurar mulher fora, porque eu gosto de ser respeitado e também gosto de dar respeito, o que eu não quero para mim, eu não quero pra ela. Se eu fizesse isso, eu poderia dar motivo para ela fazer”.

José: 34 anos, 14 anos de estudo, secretário, casado há 5 anos, tem um filho e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando ela chegou com o nenê em casa, foi só dúvidas. Tinha medo, nunca tinha pegado nenê no colo, uma fralda, e também tinha a questão do umbigo. Fiquei mais distante, a mãe dela que ajudou. Acho que os homens deveriam ser ensinados a cuidar do umbigo, trocar fralda e dar banho também”.*

Sua narrativa: *“Quando minha esposa disse que estava grávida, senti um misto de alegria e desespero. Eu já tinha mais de 30 anos, acostumado a ser filho, ai, de repente, mudou e eu tinha outra pessoa para cuidar. Deu um pouco de desespero, sei lá, pela responsabilidade. Depois, fui acostumando, aí já comecei a fazer planos, comecei a ficar ansioso também. Ansioso pelo nascimento, para saber o sexo e se estava tudo bem com a criança. Durante a gestação, eu percebi que ela mudou, a sensibilidade ficou mais aflorada. Então, eu procurei conselho, né; informação sobre isso, né. Procurava na internet, perguntava para ela e para as outras mães. E as outras mães falavam que acontecia isso mesmo, que as gestantes ficam mais sentimentais, mais emotivas. No começo, foi difícil, mas depois fui me acostumando. O marido precisa ser bem tolerante, ficar no meio termo, concordar, ficar calmo, para não dar conflito. No começo, ela teve algumas mudanças: ela comia mais, comia muita besteira, começa a comer e não parava mais e, na maioria das vezes, era só tranqueira (risos). Ela também teve umas alterações na pressão e no nível de açúcar no sangue, ela chegou a ter até uns desmaios. Mas, no final da gestação, fiquei receoso de ter relação com ela, era mais coisa da minha cabeça. Durante a gestação, a gente fez todos os exames, fez até aquele ultrassom 3D, mas eu tinha um pouco de receio de o bebê não nascer todo perfeito, com algum probleminha. No final da gestação nós fomos duas vezes para o hospital, uma vez foi alarme falso e na outra vez ela foi e ficou. Foi parto normal, mas eu não acompanhei, fiquei com medo, tenho um pouco de receio dessas coisas de sangue. Na hora, minha esposa falou que não precisava ficar, depois falou que queria que eu ficasse; mulher tem disso: quer que adivinhe as coisas. No momento, eu fiquei um pouco perdido, eu não gosto de*

hospital, de entrar numa sala de cirurgia. Quando ela chegou com o nenê em casa, foi só dúvidas. Primeiro, que eu nunca tinha pegado um nenê no colo, eu tinha medo. Nunca tinha pegado uma fralda na vida, nunca mexi com nenezinho e também tinha a questão do umbigo. Eu fiquei mais distante, a mãe dela que ajudou bastante. Acho que os homens deveriam ser ensinados a cuidar do umbigo, trocar fralda e dar banho também. Quando ela amamentava, eu via que ela sentia muita dor, mas não sabia por que, acho que o mamilo resseca, né; racha também. Depois do parto, acho que ela teve um pouco de depressão pós-parto. Eu percebi isso porque ela estava chorando demais, só falando coisas de morte. Ficava comentando que às vezes não valia à pena, que ela ia morrer, deixar uma criança, essas coisas assim. Eu tentava mudar de assunto, começava a falar, conversar. No começo, foi difícil, quando voltamos a ter relação sexual, eu pensava muito na menina e aí bloqueava, não sei como explicar, parecia que ela ia acordar e querer mamar na hora. Também tinha medo de machucar os peitos dela que estavam sensíveis e a vagina, que eu não tinha ideia se já tinha reparado tudo ou não. Eu não sabia quantos dias tinha que esperar para ter relação, ninguém me explicou. A sensação de ser pai vem depois do nascimento, é uma coisa inexplicável quando você vê o bebê pela primeira vez, pois, até então, estava na barriga da mãe e você só imaginava o nenê. Antes de a minha filha nascer eu não pensava muito no futuro, agora já penso. Penso quando ela for para a escola, para a faculdade, se pedir alguma coisa, tem que dar, tem que pensar nessa parte”.

Lucas: 25 anos, 11 anos de estudo, vigilante, em união estável há 3 anos, tem três filhos e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Acho que o homem tem que participar mais, estar junto a todo o momento. Você acaba tornando a cabeça mais forte ainda para o que vai vir pela frente. Dedicar cada momento de sua vida na gravidez da esposa para que corra tudo bem, é a melhor coisa que tem”.*

Sua narrativa: *“Eu acompanhei a gestação apenas de um filho, pois dos outros eu estava trabalhando muito. Minha esposa fez o pré-natal no posto de saúde e eu fui a todas as consultas, mas não conseguia perguntar nada, porque era muito rápido. Quando eu tinha dúvidas perguntava para os amigos e parentes que já eram pais. Se tivesse um grupo onde os homens pudessem participar ou uma cartilha, ajudaria demais. Foi bom demais acompanhar a gestação da minha mulher. Quando fiquei sabendo da gravidez, foi uma alegria que não dá para explicar, né. A gente fica fora de si, fica contente e alegre. O coração bate mais forte sabendo que vai chegar mais um filho e que vai ser para o resto da vida, um presente maravilhoso. Como eu trabalhava de noite e sempre estava em casa de manhã, eu procurava sempre estar com ela, beijar, passar a mão na barriga dela, para sentir o nenê. Quando a barriga dela começou a ficar grande, ela sentia muitas dores, bastante cólica no pé da barriga. Às vezes eu ficava preocupado, não sabia o que era e levava ela no médico, aí descobrimos que eram sintomas mesmo da gravidez. Já essa parte de comer, graças a Deus, ela se alimentava bem e não sentiu vontade de comer coisas estranhas. Durante a gestação, ela mudou bastante, ficou muito ciumenta. Eu procurava relevar para não prejudicar a gravidez, né. A gente conversava bastante, procurava sair, se distrair, né. Quando o nenê começou a mexer foi curioso, um negocinho mexendo na barriga, você fica meio bobo, pois não sabe o que está acontecendo lá. Fica sem explicação, porque, na verdade, não sabe que parte do bebê que está mexendo. Quando foi chegando o momento do parto, eu fiquei meio preocupado, pois não via a hora de nascer e os dois estarem bem. Tinha essa preocupação, pois tudo pode acontecer. Mas foi tranquilo, graças a Deus. A gente foi para o hospital, fiquei a noite inteira em claro junto com ela, só esperando nascer. Fiquei*

sempre positivo, procurando estar junto para não acontecer nada, ajudando ela caminhar, pois dizem que é bom, que ajuda na dilatação. Eu consegui ajudar muito, conversando e pedindo para ela fazer força, aí o nenê nasceu e ficou tudo bem. Foi bom demais quando minha esposa chegou em casa com o nenê. Ele nunca deu trabalho, graças a Deus, não foi aquele bebê chorão. Minha esposa ficou maravilhosa, linda e bem feliz, nunca triste, sempre feliz. Não tenho explicação para falar. Graças a Deus, tudo deu certo, não tivemos problema. Nosso relacionamento não prejudicou em nada, ficou tudo tranquilo, não teve brigas, não teve nada. A gente procura fazer tudo certinho para não ficar brigando muito, sempre dando atenção em todos os momentos, sempre estar ligando um para o outro para saber como está. Essa parte ajudou bastante. Depois do parto, ficar sem relação é difícil, mas tem que colocar na cabeça que é por uma boa causa. Mas foi tudo tranquilo, eu focava a cabeça no nenê para não ficar pensando besteira. Você chega em casa cansado, olha para ele e a canseira acaba e você já fica feliz, até esquece das outras coisas. Ser pai é uma experiência que só a pessoa sendo e passando junto com a mulher para saber. Você fica sem palavras na hora, porque não tem explicação. No sentido tão positivo, tão alegre, nem parece que aconteceu isso com você. Quando a criança começa a andar e falar é que parece que você é pai mesmo. A cabeça da gente muda bastante, você foca mais a cabeça para dentro de casa, você se preocupa mais com o serviço e com a casa. Quando dá para sair, eu saio; quando não dá eu fico tranquilo dentro de casa. No meu ponto de vista eu só acho que o homem tem que participar mais, estar junto a todo o momento. Porque você acaba tornando a cabeça mais forte ainda para o que vai vir pela frente. Dedicar cada momento de sua vida na gravidez da esposa para que corra tudo bem: isso aí é a melhor coisa que tem”.

Marcos: 38 anos, 11 anos de estudo, vigilante, casado há 6 anos, tem 1 filho e é protestante.

Tom Vital da Narrativa: *“Nessa época ela ficou bastante sentimental, então eu procurava conversar com ela, perguntar o que estava sentindo, qual a sensação. Ela explicava que era uma sensação muito boa, uma coisa que eu queria ter, a sensação de ser mãe”.*

Sua narrativa: *“Minha esposa ficou desconfiada que estivesse grávida; fez teste de farmácia, mas não detectou nada, então ela ficou com dúvida e falou para mim que ia fazer um exame de sangue para ter certeza. Ela fez uma surpresa para mim, chegou e falou: “Olha eu estou com o resultado aqui, mas estou em dúvida”. Aí a gente foi no médico para tirar a dúvida, aí o médico falou: “Olha, você está grávida”. Isso para a gente foi uma novidade, a gente ficou muito contente, foi uma coisa positiva, pois estávamos esperando né. Eu sou uma pessoa muito de diálogo e logo que fiquei sabendo, fui pesquisar na internet o que deveria fazer em termos de ajudar a minha esposa, pois falam que nessa fase a mulher fica meio sentimental. Eu sempre procurei conversar com ela direitinho e ver o que ela estava precisando. Marcamos a primeira consulta de pré-natal e esclarecemos bastante coisa no primeiro momento. Quando ela ficou grávida eu fui procurar saber sobre as minhas férias para poder ficar com ela, acompanhar ela no médico, em consultas e no que ela precisasse. Sempre estive junto, foi uma emoção muito grande. Na minha experiência familiar é assim, o pessoal do nordeste, por morar no campo, ter um, dois, três, quatro filhos, era só botar comida na mesa e criar, entendeu? Eu pensava numa gravidez assim, responsabilidade primeiramente, porque ia aumentar com certeza né e em termos de educação da criança, a gente sempre pensou nisso também. Eu sempre conversava com a minha esposa, que eu queria fazer para a minha filha o que eu não tive. Minha mãe ficou viúva e ganhava pouco, criou a gente, deu educação, tudo certinho, mas em termos de estudo não, pois o lugar onde a gente morava era complicado. Então a gente queria uma coisa, não tinha condições. Durante a gestação, eu pesquisava na internet como lidar com a situação, para ver o comentário de outras pessoas. Nessa época ela ficou bastante sentimental, então eu sempre*

procurava conversar com ela, perguntar o que estava sentindo, qual a sensação. Ela explicava que era uma sensação muito boa, uma coisa que eu queria ter, a sensação de ser mãe. Eu mudei bastante, eu era pouco paciente, mas com essas mudanças aprendi a ser paciente com a minha mulher, a tratar melhor. Então a paciência foi uma coisa ótima para mim. Com a gravidez, ela ficou mais sonolenta e eu imaginava que o feto exigia muito da mãe para poder se formar, deixando-a meio sonolenta e não que ela fosse preguiçosa. Com o diálogo a gente conhece a esposa e sabe como ela é. Ela sempre foi uma pessoa ativa, resolvia as coisas e de repente por causa da gravidez ela ficou sonolenta, ficou um pouco cansada. A gente teve algumas dúvidas em relação a parte sexual e por esse motivo fomos até na médica para perguntar até quando pode ter relação e quando parar. Eu perguntei tudo, porque eu fiquei preocupado com a minha esposa e com a criança. Como é tudo novo, a gente fica meio com receio nem, mas a médica explicou direitinho, tirou as nossas dúvidas. Como marido, eu acho que o mais importante na gravidez da esposa é ter paciência. Tentar entender porque o corpo da mulher muda. A mulher é vaidosa de certa forma, o corpo dela está se transformando, ela fica preocupada se aquilo vai atrapalhar o casamento, principalmente na parte sexual. Quando ela foi ter a criança me deixaram entrar, mas estipularam algumas regras, que eu tinha que ter certa distância. A única preocupação que eu tinha é que tudo corresse bem no parto, então eu não quis ficar na retaguarda, só esperando a notícia, eu queria estar lá dentro, para ver. Eu a acalmei e fiz massagem, creio que foi meu instinto paterno que me ajudou, instinto de proteção. O diálogo ajuda muito nessas horas, mas não pode ter receio de conversar, só porque tem outras pessoas em volta. O parto da minha esposa foi cesárea, porque ela tinha medo de ter parto normal, ficou com medo. Eu conversava com ela, falei assim: “Tem que ver o que é bom para você, se você acha melhor o parto normal, a gente vai conversar com a sua médica para ver o que ela acha”. Então a médica pediu para ela escolher uma data para o parto cesárea, aí ela escolheu. Depois que a criança nasce, o centro das atenções é ela, a gente fica sendo um pouco, não digo excluído, mas um pouquinho esquecido, mas aí que o pai tem que ter a consciência que é tudo

novo, e que vai passar né. Eu fiquei com ciúmes da família, fiquei com ciúmes da esposa também. Depois do parto a médica estipulou a dieta, e falou: “É assim e tem que fazer”. A dieta é uma coisa muito difícil, mas, como eu sou evangélico, eu penso no arrependimento, de fazer a coisa errada e me arrepender depois. Porque, dependendo da pessoa, transparece e a companheira percebe”.

Mateus: 26 anos, 11 anos de estudo, vigilante, casado há 1ano, tem um filho e não tem religião declarada.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando ela disse que estava grávida até que foi bem tranquilo. Pela idade que tenho, já queria muito, não planejava, mas queria. Estava na minha hora, então eu fiquei muito feliz”.*

Sua narrativa: *“Eu acompanhei a gestação inteira da minha esposa; fui a todas as consultas de pré-natal. Ela fez o pré-natal com médico particular e ganhou o nenê no convênio. A médica incentivava que eu participasse e sempre que eu tinha dúvidas eu perguntava, porque a gravidez dela foi de risco e não havia tempo de eu ler. A maior parte do tempo ela ficou internada. Ela tinha o colo do útero curto e tinha risco de dilatar antes do tempo, mesmo ficando internada, meu filho nasceu prematuro de sete meses. Ele nasceu ótimo, só ficou internado para pegar peso. Se durante a gestação eu tivesse participado de um grupo de gestante ou tivesse lido um material educativo sobre gravidez, de alguma forma teria me ajudado, teria me tranquilizado mais.*

A gravidez não foi planejada, quando ela descobriu que estava grávida foi uma surpresa muito grande. Nós tivemos a atitude de já contar para a família toda, para todo mundo ficar sabendo, porque quanto mais apoio nessa hora, melhor. Nós não éramos casados, a gente planejava ainda casar, ter a nossa casa e depois tentar um bebê, mas veio antes né. Quando ela disse que estava grávida até que foi bem tranquilo. Pela idade que eu tenho, eu já queria muito, eu não planejava, mas queria. Estava na minha hora, então eu fiquei muito feliz. A partir do momento que ela ficou grávida, ela ficou mais humana, ficou mais sensível, queria ficar mais próxima. Ela ficou muito mais compreensível, não existia mais egoísmo. De vez em quando ela mudava um pouco de humor, mas nada fora do normal. Acho que ser mãe mexeu muito com ela. Ela está muito feliz, eu também. Na parte sexual mudou devido ao risco, né. A maioria das vezes não acontecia por causa do problema dela. A frequência da relação sexual diminuiu, mas, para mim, não foi tão difícil, porque a preocupação com a gravidez em si era maior, do que a minha preocupação comigo mesmo. Então, eu não tive muito tempo para pensar nisso, eu tinha uma preocupação muito grande com ela e com o

bebê, porque os dois corriam risco. A médica orientou que não podia ter relação e essa orientação foi muito importante para mim, porque quando ela engravidou ninguém sabia que havia risco. Se ela não tivesse feito acompanhamento de pré-natal adequadamente, podia ter tido um aborto espontâneo. São os exames que vão mostrar se está tudo normal ou não. Acho que o homem tem que ter respeito com a mulher grávida, porque não é igual a uma mulher sem nenê na barriga. Você tem que ter mais cuidado, mais cautela, tem que ser compreensível com a mulher no sentido de que você não pode querer que seja normal como sempre foi antes de uma gravidez. Quando ela está com o nenê na barriga, ela tem dificuldades de se mexer, de locomoção, sente um pouco mais de dor em algumas ocasiões. Tem que entender também a mulher nesse momento. Quando a mulher tem uma gravidez de risco, o homem tem que ter tranquilidade, tem que se mostrar o braço forte da situação, porque a mulher fica muito fragilizada. Ela precisa muito de um apoio, tem a necessidade de sempre estar conversando e sempre ter alguém do lado, porque a gravidez de risco, de uma hora para outra, o quadro muda. Ela está bem aqui hoje, daqui a pouco a pressão sobe ou tem uma hemorragia, tem que estar sempre sendo assistida. Seria ótimo ter em uma cartilha os principais riscos que a mulher pode ter durante a gravidez. Durante a gravidez, é só expectativa, você não vê a hora de chegar o dia. É só isso que passa na cabeça, pelo menos na minha foi assim, eu queria que chegasse logo o dia. Mas o homem tem que ter calma do lado da mulher, porque a mulher grávida tem tendência a ter pressão alta, e isso é um risco muito grande para a criança e para a mulher. Acho que o homem, nessa hora, pode estar ansioso, mas ele tem que transparecer tranquilidade, ele não pode, em hipótese nenhuma, ficar mais nervoso que a mãe, ele tem que demonstrar segurança. Outra pessoa que pode ajudar na hora, é a mãe da mulher, caso o homem esteja muito nervoso, pois a mulher enxerga segurança na mãe. Ou pode ser alguém que seja bem próximo da mulher ou do homem, algum amigo, alguém que tenha equilíbrio. No momento do parto, acho que a única expectativa que o homem tem é de ver a criança chorar, pois você sabe que quando chora está tudo bem. Ver o nascimento é um momento único na vida de um homem e de uma mãe, é

um momento em que você pensa em tudo que você já fez. Você começa a mudar o foco da sua vida a partir daquele momento, sua vida muda. Você não vive para você, você vive para aquilo. O nenê veio para casa com 1.8 Kg e todo cuidado era pouco, pois a gente sabe que é muito vulnerável. Graças a Deus, ele foi amamentado no peito até certo período, depois o leite da minha esposa secou e ele precisou receber outro leite. Então tivemos que tomar cuidado com visitas, muita gente, sair na rua devido à imunidade. Teve que esperar quase quatro meses para ver a cara da rua. O período que ele mamou foi tudo ótimo, ele aprendeu rápido a sugar, foi tudo bem, mas quando secou o leite, minha esposa ficou um pouquinho deprimida. Secou o leite porque ela teve uma pequena infecção e teve que tomar remédio, aí ela não pode mais amamentar. Quando se tem um filho prematuro tem que ter higiene sempre, tem que estar sempre lavando as mãos e se possível passar álcool, porque as mãos é o maior risco de contaminação para uma criança. Friagem, qualquer coisinha, ele vai ficar doentinho e como não tem imunidade para combater, vai acabar voltando automaticamente para o hospital. Acho que tem que ter todo cuidado em casa, principalmente com higiene, é essencial. Isso tudo eu aprendi no hospital com a enfermeira, com o grupo de enfermagem. O hospital foi ótimo, maravilhoso, aprendi tudo isso lá; eu recomendo para qualquer um”.

Miguel: 24 anos, 11 anos de estudo, balconista, em união estável há 5 anos, tem dois filhos e é protestante.

Tom Vital da Narrativa: *“Na parte sexual, foi difícil, eu tinha medo de alguma complicação, de machucar, encostar no bebê, vai que acontece alguma coisa. Então, a gente acabava não tendo muita relação. Essas coisas eu não perguntava, ficava com vergonha de perguntar”.*

Sua narrativa: *“Na primeira gravidez, a gente já estava juntos há três anos. A gente já morava praticamente juntos, ai aconteceu. Foi mais ou menos de surpresa, porque a gente já não usava preservativo, essas coisas, não evitava. Já a segunda gravidez veio de repente, foi um acidente, eu não pensava, não. Mas veio, fazer o quê?. Quando ela foi que estava grávida pela segunda vez, foi meio estranho, eu pensei: Puxa, agora dois filhos para sustentar! Na parte de criar, nem tanto, mas eu pensava nos gastos que eu ia ter para criar dois filhos, dar educação para os dois. Mas graças a Deus a gente está levando. A emoção foi diferente da primeira gravidez, bem diferente. O primeiro eu achei legal, vou ser pai. No primeiro eu estava sossegado, tinha um salário bom, trabalhava em dois serviços, então o dinheirinho estava bom. O segundo não, eu já pensei: Puxa e agora? Minha mulher fez o pré-natal nas duas gestações, mas eu não acompanhei. Ela ia sozinha porque eu sempre estava trabalhando. Eu tinha dúvidas sobre a gravidez, mas a necessidade de trabalhar me obrigava a não ir às consultas. Quando eu tinha dúvidas eu perguntava para ela ou para a minha mãe e ela falava: “Quando eu fiquei grávida também foi assim, eu fiquei distante do seu pai, às vezes ficava chata, acontece, isso faz parte, aconteceu comigo também”. Eu sentia falta de ter algum material para eu ler. No pré-natal não recebi nenhuma cartilha, só um papelzinho com as datas das consultas. Acho que se tivesse um grupo eu ficaria meio assim, não sei se eu participaria, pois não consigo ficar falando para todo mundo ouvir, é ruim, sei lá, ficaria com vergonha. Quando ela estava com oito meses de gestação, o pé dela começou a inchar e o peito dela cresceu muito, a barriga dela não, sempre foi normal, porque era um nenê só. A gente tem receio porque às vezes você encosta, abraça forte, vai que machuca, sei lá. A gente fica assim meio longe, acho que a distância acontece até por isso na gravidez.*

Na primeira gravidez, eu fiquei meio distante porque eu tinha medo, já no segundo eu estava mais prático, mais experiente, vi que não dava problema (risos). Na primeira gravidez, ela falava que eu estava muito distante dela porque ela estava gorda, com barrigão e feia. Tanto no primeiro quando no segundo filho, ela vomitava demais, estava aqui comendo e do nada começava a vomitar. Eu achava esquisito, porque como do nada a pessoa começa a vomitar. Eu não sabia por que acontecia aquilo, também nunca procurei perguntar para alguém, só achava esquisito, estranho. Depois ela sarou, ai voltou tudo ao normal. Na parte sexual foi meio difícil, porque eu tinha medo e ela também, medo de alguma complicação, sei lá, de machucar, de encostar no bebê, pois é tão próximo, vai que acontecesse alguma coisa. Então a gente acabava não tendo muita relação, tanto na primeira como na segunda gestação. Essas coisas eu não perguntava para a minha mãe e para ninguém (risos), sei lá, eu ficava com vergonha de perguntar. Minha mulher também nunca perguntou, ela era meio receosa. Eu tinha vergonha de falar para mim mãe, meu pai não morava comigo, morava em outro lugar e meu irmão não tinha filhos, não sabia de nada. Do primeiro filho, a gente estava em casa e ela falou que não tinha sentido o nenê mexer o dia inteiro, então eu deixei ela e minha sogra no hospital e fui trabalhar. Mais tarde ela me ligou e disse que eu já era pai, que já tinha nascido, foi muito rápido. Do segundo foi diferente, a gente estava dormindo daqui a pouco ela começo a se mexer, levantava e deitava, falou que estava doendo, que não estava conseguindo dormir, ai fomos para o hospital. No caminho, ela já começou a sentir dores fortes, quando chegou o bebê já estava nascendo, já estava saindo; ai eles falaram que eu não podia entrar. Eu nunca vi um parto, não sei como é, só sei que a cabeça sai primeiro. Eu achava que as dores que ela estava sentindo eram normais da gravidez, porque dizem que a dor do parto dói muito e ela não sentia aquela dor. Só quando cheguei ao hospital que ela começou a sentir aquelas dores mesmo, ai eu pensei: Vai nascer aqui mesmo, na minha mão, Ave Maria (risos). Da primeira vez eu nem pensava em assistir o parto, mas da segunda vez eu queria, eu queria ver como que era. Nunca ninguém falou que isso era uma lei, inclusive no dia eu estava ali, nem fui trabalhar, fiquei até depois que o

nenê nasceu. Se eu soubesse dessa lei eu tinha exigido, com certeza. Quando minha mulher voltou para casa, eu não sabia muito segurar o nenê, porque ele era muito fraco, muito molinho. Depois de uns três dias é que acostumei. Depois de muito tempo que eu fui trocar fralda. Eu nunca tive essa experiência, depois eu comecei a aprender. Eu achava bom ela amamentar, porque o leite materno é o melhor leite que tem. Inclusive a mais velha mamou até um ano e pouco, ela teve que tirar na força o nenê do peito, se não ela mamava até hoje (risos). Já em relação ao seio dela, eu sentia que ali não era mais parte minha (risos) e eu também tinha nojo do leite. Depois do parto, eu aceitei a dieta por 33 dias, depois eu achava que já estava normal, 30 dias eu acha que tudo bem, mas 40 dias já era demais. Nesta época, eu não pensei em procurar outra mulher, porque era pelo nosso filho, ela não tinha culpa, tinha que esperar”.

Paulo: 37 anos, 9 anos de estudo, motorista, casado há 6 anos, tem um filho e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando ela falou que estava grávida, fiquei surpreso. Sempre fui muito preocupado e não queria que ela engravidasse. Era aquela preocupação: será que estou pronto para ser pai? Será que vou ter filho normal? Será que vai ter algum problema? Será que a minha mulher vai ter gestação e parto legais? Será que ela não vai passar mal? A gente fica com sérias dúvidas”.*

Sua narrativa: *“Eu não acompanhei o pré-natal da minha esposa, a única vez que eu fui foi no dia do ultrassom, em que a gente foi lá para definir o sexo do nenê, ela tinha um mês, um mês e meio, no máximo. Na época eu era caminhoneiro e não tinha tempo de acompanhar a gravidez e como quem fez o acompanhamento foram as duas irmãs dela, isso me deixava menos preocupado, entendeu. Eu queria acompanhar, mas infelizmente não deu. Se eu tivesse a chance de participar de um grupo de esclarecimentos com certeza teria sido bom e um material educativo também teria me ajudado, sem dúvida. Quando ela falou que estava grávida eu fiquei meio surpreso, né. Eu sempre fui uma pessoa muito preocupada e não queria que ela engravidasse. Não queria e foi uma surpresa, não de ter um filho, pois é a coisa melhor do mundo, hoje eu falo isso. Era aquela preocupação de será que eu estou pronto para ser pai, será que eu vou ter um filho normal, será que vai ter algum problema, será que a minha mulher vai ter um parto, uma gestação legal ou vai passar mal. A gente fica com sérias dúvidas. E quando começa a vomitar, você fica com dó, não sabe o que fazer. A preocupação maior é desses sintomas que a pessoa sente e você não sabe o que fazer. A pessoa está com uma dor, você não sabe o motivo e o que pode dar. Você pode pensar, isso é bom, mas será que vai fazer bem para o bebê. Quando a barriga começou a crescer um pouquinho eu achava bonito, aquilo era lindo. E quando eu chegava em casa e a criança mexia de um lado, depois mexia do outro, aquilo para mim era lindo. O estranho foi quando a barriga estava muito grande, não por mim, mas para mim aquilo era um desconforto gigante, eu tinha dó, dó dela, porque aquilo parecia muito desconfortável. Ela tinha que dormir em uma posição só. Você vê que aquela barriga ficou*

gigante, parece que aquilo vai explodir. Na parte íntima não teve problema, mas eu tinha preocupação. Era meu filho, eu tinha medo, será que é normal, será que não é, será que se a gente fizer alguma coisa não vai afetar a criança. As coisas aconteciam, mas na realidade eu não sabia se podia ou não, eu pensava, será que não prejudica o bebê. Dúvidas a gente tem, mas às vezes é difícil a gente falar. A dúvida que eu tinha era quando ela estava com dor, se podia tomar um remédio, será que é bom para ela, mas pode ser prejudicial à criança. Na época eu tinha um amigo e a mulher dele estava grávida também, do segundo filho. Eu perguntava para ele e ele não me respondia. Eu perguntava: acontece isso, é normal, é anormal? Ele não respondia. Então eu ficava meio confuso. Quando foi chegando a época do parto, eu ficava preocupado, mas o que me deixava um pouco tranquilo é que as duas irmãs dela eram da área da saúde, então eu ficava mais sossegado. No dia do parto eu vim para casa a noite, sai por volta de onze horas, meia noite, e fui trabalhar, fui fazer uma entrega na região da zona leste. E na madrugada ela me ligou e falou que estava com dor, e eu sem saber o que fazer, porque eu estava lá. Aí com o acompanhamento da família, da irmã dela, eu fiquei menos preocupado. Ela ligou para a irmã dela e a irmã dela ficou com ela o tempo todo. Eu não acompanhei, não levei para o hospital, não assisti o parto, eu até queria, mas não deu. Quando ela chegou em casa com a criança foi tranquilo, só tinha aquela preocupação, será que eu vou dar tudo que essa criança precisa, entendeu? Aquela preocupação que eu tenho até hoje quando penso em ter outro filho, até que eu queria, mas tem esse problema. Será que você está pronto, pois um filho não é só você colocar no mundo, o filho você tem que cuidar. Eu achava legal ela amamentando, ainda mais um filho meu, é um fruto da gente, entendeu. Eu achava bonito vê-la amamentando a criança, para mim era normal, era um momento que ela tinha que dar atenção mais para a criança, como você vai competir com um inocente que não está pensando em nada. Para mim era tudo, eu achava lindo, legal e maravilhoso. A parte da dieta também foi tranquila, porque para mim é normal. Eu fui criado em outro estado, bem ignorante, eu não sei como funciona lá porque eu vim para cá bem moleque, então o significado da quarentena eu não entendo, mas ouvia

falar que não era bom ter relação sexual, então eu não tive, só tive após 45 dias. Eu tinha dúvida do que era a quarentena, se a mulher tinha mais risco de ficar grávida ou se ela tinha alguma coisa por dentro. Vontade a gente tinha, é lógico. Quatro cinco dias já estão em excesso. Mas como é uma coisa que você sabe que vem de médicos, você sabe que é certo. É uma coisa que todo mundo fala, o médico fala, as irmãs dela viviam falando. Então aquilo entrou na minha cabeça muito fácil. Tinha vontade, mas como quem falou é alguém que estuda, deve ter um porquê. Graças a Deus eu não pensei em traição, você tira isso da ideia porque ela gerou um filho seu, entendeu. A mulher ficou com um filho do cara nove meses, suportou tudo, carregou na barriga daquele tamanho e você vai fazer isso, é uma falta de respeito né. É legal você chegar em casa e a filha te chamar de pai, é muito bom. E às vezes nem todos os pais dão valor. Tem pai que tem um filho e nem quer saber dele. Para mim, foi legal, é vida, é lindo. Se eu pudesse, teria mais um ou dois, mas no momento eu não penso nisso”.

Pedro: 29 anos, 11 anos de estudo, secretário, casado há 6 anos, tem um filho e é católico.

Tom Vital da Narrativa: *“Acho que o pai tem que se dedicar à gravidez, à criança e à mulher. Tem que se colocar no papel de pai e de homem, tem que assumir. Tem hora que a mulher vai estar brava, estressada, mas você tem que engolir e seguir; o homem precisa estar bem ciente disso”.*

Sua narrativa: *“Logo que casamos, eu e minha esposa pensamos em constituir uma família, mas tivemos experiências com os nossos pais, que fez a gente pensar que queria dar o melhor para nosso filho. Então, a gente estabeleceu umas metas para as nossas vidas, que era estar bem empregado, ter a nossa casa, para depois ter uma criança. Depois de cinco anos de casados, planejamos até a data que o nenê ia nascer, para saber se ele ia nascer na época do calor ou do frio. Então a gente começou a tentar no começo do ano, para que ele nascesse numa época boa e não pegasse o frio. Em março ela engravidou e ficamos muito felizes, pois era o que a gente queria, mas não foi surpresa, pois estávamos tentando. Nos três primeiros meses de gestação, ela sofreu, teve bastante enjojo. Eu me sentia impotente, ficava do lado dela e tentava ajudar. Nenhuma comida agradava ela, o cheiro das coisas incomodava, até do meu perfume, então parei de usar, só usava mesmo na hora de sair. Eu precisei me adequar para não prejudicar ela e deixar ela da melhor forma possível, bem confortável. Até os três primeiros meses, só teve os probleminhas dos enjoos, fisicamente cresceu um pouco a barriga dela, não muito. Depois, lá para o quarto, quinto mês, é que ela engordou mesmo, acho que uns 19 quilos. Então ela começou a se queixar de dor nas costas e do peso que estava aumentando. A mulher tem aquilo de achar que está muito gorda, que está ficando feia. Mas eu sempre coloquei a autoestima dela para cima. Durante os exames de ultrassom, nós ficávamos ansiosos para saber como estava o bebê, se não tinha nenhuma doença, se estava tudo certinho e se estava se formando bem. Ela tinha essa preocupação, de fazer tudo certinho, para manter a saúde do bebê e a dela. Controlava a alimentação e as vitaminas. Minha preocupação era de colocar uma criança no mundo para enfrentar o futuro e de ela vir bem saudável. Na parte da intimidade, a gente manteve relação sexual até certo*

período da gravidez, que sabíamos que não ia prejudicar o bebê. Mas depois do quinto mês não tivemos mais relação. Mas o carinho continuava o mesmo, eu aumentei meu carinho e afeto por ela, porque eu sabia que ela estava frágil. Ficar em abstinência para um homem sempre é complicado, é difícil, mas foi tranquilo, deu para levar. A gente já sabia em que hospital ela ia ter o nenê, só ficamos apreensivos porque estava passando um pouquinho do prazo de nascer. Quando ela começou a sentir umas dores fortes, ficamos sem saber se era contração ou não, então fomos para o hospital. Ela sofreu todas as dores do parto desde a madrugada até a tarde, mas a dilatação dela chegou só até 6 cm, então os médicos decidiram que seria melhor uma cesárea. Ela não queria cesárea, queria parto normal e ficou um pouco preocupada. Mas eu conversei com ela e fiquei incentivando. Particularmente, eu também estava com medo, mas entrei na sala de cirurgia. Foi muito rápido, muito tranquilo, a equipe médica foi muito boa. No alojamento conjunto tive uma experiência muito boa, desde o primeiro minuto eu aprendi como cuidar do bebê, como manusear ele, como dar banho e amamentar. A equipe de enfermagem está lá para te dar um apoio e te ensinar, mas quem vai fazer é você. Quando a gente veio para casa, a nossa família ficou estarrecida em saber que a gente já sabia dar banho, fazer curativo no umbigo do bebê, trocar fraldas e fazer todas as coisas. Em casa, eu foquei toda a minha atenção para ela e para o bebê, então eu não fiquei me sentindo excluído e nem de lado, era o momento deles. Eu tirei férias do serviço e fui me dedicar a eles, eu tinha que ser o suporte para os dois. No momento que ela estava cansada, eu o pegava, mas ele era tranquilo, dormia a noite toda. Minha esposa me surpreendeu com a força dela, em casa já estava fazendo muita coisa, a única coisa que ela não gostava, e eu que fazia, era limpar o umbigo do bebê. Ela tinha medo de machucar, não que tinha nojo. Durante o período de amamentação, foi tranquilo, a gente queria que ele fosse amamentado até o sexto mês, porque é muito importante para o bebê. Eu sempre dei apoio para ela amamentar sim e não tive dificuldades com isso. O pós-parto foi tranquilo, pois ela teve muito apoio meu e da mãe dela. Essa experiência de eu ficar um mês com ela ajudou muito. Se ela tivesse ficado sozinha teria sido ruim para ela. Acho

que o pai tem que ficar presente pelo menos no primeiro mês. Em relação à dieta, para o homem não é fácil ficar sem ter relação com a mulher, mas cada um tem os seus princípios e tem que respeitar, o que um não quer dois não fazem. Então a gente esperou, não queríamos ter outro filho e tomamos todos os cuidados. Além do resguardo, a gente esperou mais um tempo para saber se ela podia tomar algum remédio, porque não dá para confiar só na camisinha. Como a médica disse que o remédio podia prejudicar o leite, então esperamos até seis meses. Então, no total, eu fiquei um ano sem ter relações, mas tinha as trocas de carícia. Continuamos uma relação de afeto e de carinho sem ter a relação consumada. Ter um filho é uma experiência única que muda muito a sua vida. Você tem que estar muito preparado para isso, para encarar esse desafio. É um desafio muito grande, não existe comparação com nada, ultrapassou minhas expectativas. Até os três meses do bebê você não tem muita troca, você tem que cuidar dele, mas a partir do quarto mês, quando ele começa a ter a troca de experiência com você, é indescritível. Acho que o pai tem que se dedicar a gravidez, a criança e a mulher dele. Ele tem que se colocar no papel de pai e de homem, tem que assumir. Tem hora que a mulher vai estar brava, estressada, mas você tem que engolir e seguir; o homem precisa estar bem ciente disso”.

Tiago: 26 anos, 11 anos de estudo, comerciante, casado há 1 ano, tem 1 filho e é espírita.

Tom Vital da Narrativa: *“Quando ia fazer pré-natal, eu me sentia excluído. Fazia perguntas e tentava esclarecer dúvidas, mas a médica não incentivava minha participação. Parecia que só minha esposa se importava com o filho, mas não era, era uma família. Os médicos teriam que se importar com o pai, conversar e deixar decidir. Uma cartilha com figuras ajudaria bastante”.*

Sua narrativa: *“De início foi um baque, foi um susto assim, mas depois foi mais fácil, né. Eu sempre quis ter um filho, sempre quis que ela engravidasse, mas a gente imaginava se casar primeiro e depois ter um filho, mas felizmente veio a gravidez antes e tivemos que nos casar. Quando ela falou que estava grávida, a primeira coisa que veio na minha cabeça foi a imagem de ser pai, porque foi uma coisa que eu sempre quis e sonhei, mas depois veio o medo e a incerteza. Não sabia como agir, o que fazer. Em relação à grana também, todo mundo assusta, fala que gasta muito, mas não é tudo isso, não. Quando eu ia fazer o pré-natal com ela, eu me sentia meio excluído. Eu fazia perguntas e tentava esclarecer as dúvidas, mas a médica não incentivava muito que eu participasse. Parecia que só minha esposa se importava com o filho, mas não era, era uma família. Acho que os médicos teriam que se importar também com o pai e deixar todo mundo conversar e decidir. Acho que um grupo de gestação voltado para os homens, ou uma cartilha com figuras, também ajudaria bastante, seria bem interessante. Durante a gravidez, muita coisa mudou, ela mudou da água para o vinho, ficou mais explosiva e a convivência com ela ficou um pouco mais difícil. Eu tive que ficar quieto muitas vezes, mudar muita coisa, ficar mais calmo. Tentava sempre conversar para resolver os problemas, mesmo ela não escutando. Muitas vezes ela era ignorante comigo, mas eu sempre tentava conversar e manter a calma. Na parte sexual foi muito difícil, pois ela me evitava. Era complicado, ainda mais na minha idade, sexualmente ativo, é difícil, mas por um filho a gente passa por cima de tudo. Mas eu consegui segurar, ficar numa boa, mesmo chegando em casa querendo carinho, uma coisinha ali e não tinha, eu consegui agüentar e o que me ajudou foi conversar muito com os amigos e com os pais. A gente se preparou*

bastante antes do parto, conversamos muito, mas um dia antes da cesárea ela ficou muito assustada, ficou com muito medo e eu tentei acalmá-la o máximo que eu pude. Ela quis cesárea, acho que pela dor, coisa assim, e também porque a médica a aconselhou a fazer cesárea porque nosso filho era muito grande. No momento do parto a única coisa que eu sabia que tinha que fazer era ficar do lado dela, pois ela estava assustada. Eu fiquei um pouco perdido também, não sabia o que falar para ela, falava o que vinha na minha cabeça. Pegava na mão dela, conversava, falava que estava tudo tranquilo e calmo. Fiquei do lado dela o tempo todo, até o meu filho nascer, depois que ele nasceu eu fui atrás dele (risos). Se tivesse alguma coisa para ajudar a preparar os pais seria excelente. Quando chegamos em casa com o bebê foi complicado. Ele acordava de madrugada, eu ficava com ele, dava mama e depois ia dormir. A adaptação foi complicada, adaptar os horários dele aos horários dela, foi complicado. Eu vi que ela ficou muito cansada e tentei ajudar ao máximo. Ele nunca mamou no peito, pois o leite dela secou. Na época, ela falou que era culpa minha, pelo fato de eu não ter acompanhado ela muito na gestação. Eu não entendo dessa forma, mas às vezes ela entende. Eu fui presente o máximo que pude, mas deixei a desejar bastante, podia ter feito muito mais. Ela me cobrava isso e eu não sabia o que fazer, não sabia como acompanhar. Se tivesse uma cartilha que falasse o que o pai tem que fazer, ajudaria bastante, porque você fica perdido, realmente não sabe o que fazer. Eu deveria ter acompanhado mais, deveria estar mais presente, ter ficado mais ao lado dela. Mas como eu era marinheiro de primeira viagem, não sabia como era; tudo era novo para mim. Depois da gravidez o corpo dela mudou bastante e ela ficou com mais vergonha, mais acanhada e começou a me evitar. Para mim, não mudou em nada, eu continuo sentindo tesão por ela e desejando-a da mesma forma, sem problema nenhum. Seria legal ela emagrecer, mais por causa da saúde. Depois que nosso filho nasceu, ela ficou depressiva. Antes ela era muito mais alegre, a gente se divertia mais, ria, conversava, curtia muito mais um ao outro. Hoje não, hoje ela me evita e qualquer coisinha é motivo de briga, qualquer coisa que eu falo ela já grita. As mulheres deveriam ter um acompanhamento psicológico depois da gestação. Se tivesse alguma coisa

também para ajudar o pai seria muito bom, pois é uma mudança muito grande na vida. Eu acredito que depois do nascimento da criança, ter um acompanhamento profissional, seria muito bom. Acho que os profissionais podiam acompanhar mais, ligar de vez em quando para saber se está tudo bem, dar um pouquinho mais de atenção, conversar com o pai também, colocar o pai junto, mais presente nisto tudo. Antes de ser pai eu era muito mais gandaieiro. Hoje nossos passeios são com os amigos que têm filhos e com a família. Eu cresci e fiquei mais responsável. Penso em conquistar mais coisas pela família e não só em ganhar dinheiro para colocar gasolina no carro, passear e tomar cerveja”.

6.2 CATEGORIAS DESCRITIVAS DAS EXPERIÊNCIAS

A análise dos depoimentos dos pais resultou na elaboração de onze categorias, que revelam as experiências vividas por eles no decorrer da gravidez, do parto, do pós-parto, do aleitamento materno e do cuidado dos filhos recém-nascidos.

6.2.1 Os sentimentos relativos à notícia da gravidez dependeram da existência ou não de seu planejamento

Observou-se a existência de um ideal em termos de sequência, no processo de tornar-se pai. Este deveria se iniciar com a conquista da estabilidade financeira, considerada como crucial, prosseguir com o casamento e finalmente o nascimento do filho, mediante o devido planejamento. O seguimento destas etapas foi considerado importante para vivenciar tranquilamente a gravidez, o parto, o nascimento e os primeiros cuidados com o filho recém-nascido.

“A gente imaginava casar primeiro e depois pensar em ter filho, mas felizmente veio ele e aí nós nos casamos” (Tiago) (1)

A existência deste ideal em termos da trajetória de tornar-se pai fez com que os pais tivessem vivenciado diferentes experiências, ao receber a notícia da gravidez. Assim sendo, os pais que tinham planejado o nascimento do filho vivenciaram sentimentos de alegria e felicidade com a notícia da gravidez, que representou, para alguns deles, a concretização de um sonho acalentado há muito tempo. Para estes pais, o nascimento do filho representou a possibilidade de vivenciar, concreta e verdadeiramente, o sentimento de amor.

“A gente já tinha tentado antes e não tinha conseguido, mas quando tive certeza, foi uma maravilha, uma emoção muito boa” (João) (1)

“A primeira coisa que veio na cabeça quando ela falou que estava grávida foi a imagem de ser pai, uma coisa que eu sempre quis e sonhei... Eu sempre quis ter um filho, sempre quis que ela engravidasse” (Tiago) (2)

“Quando fiquei sabendo da gravidez, foi uma alegria que não dá para explicar, né. A gente fica fora de si, fica contente e alegre. O coração bate mais forte sabendo que vai chegar mais um filho e que vai ser para o resto da vida, um presente maravilhoso” (Lucas) (1)

“Ela fez teste de farmácia e deu positivo. A gente ficou feliz, pois era o que a gente queria” (Pedro) (2)

“Fiquei muito feliz; quando você tem um filho é que realmente vai saber o que é o amor verdadeiro” (Abel) (3)

Os pais que foram surpreendidos por uma gravidez não planejada ficaram extremamente preocupados com esta notícia, pois temiam, sobretudo, as suas consequências. A inexistência ou insuficiência dos recursos financeiros necessários para arcar com as responsabilidades relativas ao sustento da família e a necessidade de alterar projetos de vida foram as principais preocupações destes pais.

As preocupações relativas à inexistência ou insuficiência de recursos financeiros se sobrepujavam pelo fato dos pais assumirem para si as responsabilidades com o sustento da família. Portanto, os pais que ainda não tinham conquistado a desejada estabilidade financeira ficaram preocupados com a notícia da gravidez. Alguns referiram se sentir traumatizados pelo fato de terem enfrentado problemas financeiros em decorrência do nascimento do filho.

“Quando fiquei sabendo da gravidez, me senti culpado por não ter as condições financeiras que eu queria, porque um filho dá muitos gastos” (André) (2)

“Quando ela me contou que estava grávida, foi meio estranho e pensei: puxa e agora? Dois filhos para sustentar. Na parte de criar nem tanto, mas eu penso nos gastos que eu vou ter para criar e dar educação para os dois” (Miguel) (1)

“Não tinha casa, não tinha nada, então, a questão financeira era a minha preocupação” (Gabriel) (1)

“Não éramos casados, só namorávamos e a gravidez foi um acidente. Então realmente foi um momento muito traumático. Eu me lembro que quando ela falou que estava grávida, eu fiquei muito abalado, muito chateado, porque nós estávamos estudando

e éramos muito novos. Foi um momento muito difícil nas nossas vidas, foi bem complicado” (Isaque) (1)

6.2.2 Alegrias e preocupações: ambivalência em relação à incorporação do papel paterno

O sentimento de ambivalência, caracterizado pela vivência simultânea da alegria pelo acontecimento da gravidez e da preocupação pela responsabilidade do papel paterno, foi vivenciado pelos pais independentemente do planejamento da gravidez. A paternidade implicava mudanças nos papéis familiares e sociais, de filho para pai, a necessidade de prover financeiramente a família e de desempenhar o papel de pai. Estas mudanças, consideradas significativas, fizeram com que os pais tivessem se sentido confusos e inseguros, sobretudo por aqueles que tinham vivenciado, pela primeira vez, a experiência da paternidade.

“Quando minha esposa disse que estava grávida, senti um misto de alegria e desespero. Eu já tinha mais de 30 anos, acostumado a ser filho, ai de repente mudou e eu tinha outra pessoa para cuidar. Deu um pouco de desespero, sei lá, pela responsabilidade” (José) (1)

“Quando ela me deu a notícia da gravidez, fiquei nervoso, assustado com essa responsabilidade, fiquei meio perdido sem saber o que fazer. Eu nunca tinha sido pai, você se preocupa com as despesas, você não tem experiência como pai, tinha toda essa preocupação” (Gabriel) (2)

As principais preocupações vivenciadas pelos pais eram em relação ao preparo para desempenhar plenamente o papel paterno, as responsabilidades inerentes a este papel e os cuidados em relação ao filho.

“Quando ela falou que estava grávida, fiquei surpreso, pois sempre fui uma pessoa muito preocupada, era aquela preocupação: será que estou pronto para ser pai?” (Paulo) (1)

“Quando ela me deu a notícia da gravidez, fiquei nervoso, assustado com essa responsabilidade, fiquei perdido, sem saber o que fazer, pois eu nunca tinha sido pai, não sabia como lidar com recém-nascido, não sabia o que fazer, não sabia que providências tomar” (Gabriel) (2)

6.2.3 Dificuldades para compreender e lidar com as mudanças do ciclo grávido e puerperal

Os pais tiveram dificuldades para compreender e lidar com as mudanças físicas e emocionais que ocorreram em suas esposas durante o ciclo grávido e puerperal. Muitas alterações apresentadas pelas suas esposas durante este ciclo foram observadas por eles. As mudanças provocadas pela gravidez que foram mais frequentemente notadas pelos pais foram a sonolência, o cansaço, a lentidão, a sensação de fraqueza, os desmaios, os enjoos, os vômitos, o aumento do apetite e do peso, as dores em geral, o inchaço e a dificuldade para dormir. Os pais referiram que sintomas como sonolência, cansaço e lentidão não causaram preocupação pelo fato de serem previsíveis.

“Com a gravidez, ela ficou mais sonolenta e eu imaginava que o feto exigia muito da mãe para poder se formar, deixando-a meio sonolenta e não que ela fosse preguiçosa. Com o diálogo a gente conhece a esposa e sabe como ela é. Ela sempre foi uma pessoa ativa, resolvia as coisas e de repente por causa da gravidez ela ficou sonolenta, ficou um pouco cansada” (Marcos) (1)

“Com a gravidez, o corpo dela foi mudando, a barriga foi crescendo e ela ficou mais lenta para andar. Parou de trabalhar e ficava em casa, que era para ter mais cuidado” (Daniel) (1)

Outros sintomas marcantes da gravidez observados pelos pais foram as náuseas e os vômitos. Eles tinham dúvidas em relação aos motivos destes desconfortos e não sabiam como proceder quando suas esposas estavam apresentando tais sintomas. Diante desta situação, os pais assumiam atitudes empáticas, de forma intuitiva, na tentativa de dar suporte às esposas. Entretanto, sentiam-se impotentes para realizar algo que fosse realmente efetivo em termos de ajuda. Um pai estimou que o odor forte seria a causa das náuseas e vômitos e, diante desta constatação, tentou colaborar evitando o uso de perfumes enquanto a esposa esteve grávida.

“Tanto na primeira gravidez como na segunda, ela vomitava demais, estava comendo e do nada corria para o banheiro para vomitar. Eu achava esquisito, porque como do nada a pessoa

começa a vomitar. Eu não sabia por que aquilo acontecia, só achava esquisito, estranho” (Miguel) (2)

“A gente fica com sérias dúvidas. E quando começa a vomitar, você fica com dó, não sabe o que fazer” (Paulo) (1)

“Nos três primeiros meses de gestação, ela sofreu muito, teve bastante enjoo. Eu me sentia impotente, ficava do lado dela, tentava ajudar, via os alimentos que ajudava ela. Nenhuma comida a agradava, o cheiro das coisas, do meu perfume; então parei de usar perfume, só usava na hora de sair” (Pedro) (1)

Os desmaios sofridos pelas esposas foram fonte de preocupações para os pais. Esses atribuíram os desmaios à fraqueza ocasionada pelos vômitos, que eram frequentes, ou às possíveis alterações na pressão arterial e nos níveis glicêmicos.

“Às vezes ela passava mal, tinha que tomar soro, se sentia muito fraca por causa do enjoo, mas não chegava a desmaiar não” (André) (1)

“Ela também teve umas alterações na pressão e no nível de açúcar no sangue, ela chegou a ter até uns desmaios” (José) (1)

O aumento do apetite durante a gravidez foi claramente notado pelos pais. Quanto a este aspecto, eles ficavam preocupados, sobretudo em relação ao produto consumido e a sua quantidade.

“No começo, ela teve algumas mudanças, ela comia mais, comia muita besteira, começa a comer e não parava mais e na maioria das vezes era só tranqueira (risos)” (José) (1)

As mudanças no corpo feminino na gravidez e após o parto causaram impacto nos pais, que faziam comparações entre o formato do corpo antes da gravidez e após o parto. Mesmo considerando que a esposa não era culpada pelas alterações corporais ocorridas, alguns pais demonstraram chateação diante deste fato e se distanciaram de suas esposas.

“Com a gravidez, o corpo dela mudou, caiu tudo, os seios ficaram grandes e ela engordou muito também. Antes ela era magrinha, depois ficou gorda, nossa... isso me chateia, mas não muito. Eu não falo nada para ela, porque acho que ela não tem culpa de nada disso, foi devido a gravidez e também porque eu gosto dela do jeito que ela é” (André) (1)

“Quando o corpo dela começou a mudar eu achei um pouquinho estranho, porque eu estava acostumado com aquele corpinho que ela tinha, aí ela começou a engrossar e eu comecei a ficar um pouquinho mais longe dela” (Elias) (1)

Outros pais, por sua vez, não referiam sentimentos de chateação em relação ao corpo feminino modificado e referiram que a atração em relação às esposas não tinha sofrido alterações. Entretanto, expressaram o desejo de que suas esposas emagrecessem após o parto, não por motivos estritamente estéticos, mas com a preocupação voltada para a preservação da saúde.

“Quando o corpo dela começou a mudar, para mim não mudou em nada, eu continuava sentindo tesão por ela, sentindo as mesmas coisas, mas ela achava que não. Seria legal ela emagrecer, mais para a saúde, mas eu continuo desejando ela, querendo ela, sem problema nenhum” (Tiago) (1)

“Depois lá para o quarto, quinto mês, começou a engordar mesmo. A mulher tem aquilo de achar que está muito gorda, que está ficando feia, mas eu sempre coloquei a auto-estima dela para cima” (Pedro) (1)

A dor foi um sintoma frequentemente referido pelas esposas durante a gravidez. Os pais demonstraram muitas dúvidas a respeito da sensação dolorosa na gravidez, suas causas, consequências e a possibilidade de ser algum problema de saúde. Consequentemente, se sentiram impotentes e desorientados diante da esposa, quando estas referiam a sensação dolorosa. Tampouco conheciam os medicamentos que poderiam ser ingeridos pelas gestantes.

“Quando a barriga dela começou a ficar grande ela sentia muitas dores, bastante cólica no pé da barriga. Às vezes eu ficava preocupado, não sabia o que era e levava ela no médico, aí descobrimos que era sintomas mesmo da gravidez” (Lucas) (2)

“Com uns seis, sete meses de gestação, ela começou a ter uma dor na lateral, como se fosse na costela, falei com um especialista e ele disse que a criança põe o pé nessa parte, empurra a costela, causando dor na mãe” (Abel) (1)

“Já no final da gestação ela sempre sentia dores e eu não sabia se era dor de cólica ou se já era dor de parto. Eu não sabia o que fazer e que remédio podia dar, eu só gostaria de saber por que a mulher sente tanta dor e que remédio ela pode tomar durante a

gravidez, pois isso foi uma grande preocupação minha” (Gabriel) (1)

“A preocupação maior é desses sintomas que a pessoa sente e você não sabe o que fazer. A pessoa está com uma dor, você não sabe o motivo e o que pode dar” (Paulo) (1)

Outro sintoma físico frequentemente observado pelos pais foi o edema gestacional. Este sintoma gerou muitas preocupações, pois os pais desconheciam os motivos de seu surgimento, tampouco as possibilidades de ajuda para o alívio do desconforto.

“No começo, a gente fica meio assustado, fiquei até preocupado porque ela ficou muito inchada e às vezes sentia dor” (Gabriel) (1)

“Durante a gestação, ela inchou bastante, foi notório isso, mas depois de nascer ficou tudo normal. Era estranho, porque a gente nunca passou por isso, é a primeira experiência, está acostumado com a pessoa daquele jeito” (João) (1)

“Às vezes os pés dela inchavam e eu pensava: Será que é melhor fazer massagem?” (Abel) (2)

Os pais constataram que suas esposas tinham dificuldades para dormir quando estiveram grávidas. A solução para este problema foi buscada entre os profissionais, que forneceram orientações a este respeito. Apesar de terem seguido as recomendações recebidas dos profissionais, ficaram preocupados com as dificuldades enfrentadas pelas esposas, que não encontravam uma posição confortável para dormir, devido ao aumento do volume abdominal.

“Ela também começou a ter dificuldade para dormir a noite, procuramos falar com os médicos, e eles diziam que a melhor coisa que a gestante podia fazer é não dormir de barriga para cima, dormir sempre do lado esquerdo por causa da circulação” (Abel) (1)

“O estranho foi quando a barriga estava muito grande, não por mim, mas para mim aquilo era um desconforto gigante, eu tinha dó porque aquilo parecia muito desconfortável. Ela tinha que dormir em uma posição só. Você vê que aquela barriga ficou gigante, parece que aquilo vai explodir” (Paulo) (1)

Em relação às alterações emocionais, observaram a ocorrência de mudanças repentinas de comportamento, como irritação ou nervosismo, e o

aumento da emotividade e da sensibilidade. Além disso, observaram que suas esposas choravam com mais frequência quando estavam grávidas.

“Também percebo que às vezes ela fica um pouco irritada e eu não tenho muita paciência não. Ela fica nervosa... sem paciência. Eu não entendo muito bem essas mudanças dela, vou ser sincero” (André) (1)

“Ela estava bem, daqui a pouco por algum motivo ou outro ela estava chorando, então eu procurava saber e muitas vezes nem ela sabia por que estava chorando. A gravidez mexe com muita coisa na parte hormonal, a pessoa fica mais sensível e chora por qualquer coisa, sem motivo” (Abel) (2)

Alguns pais tiveram que mudar o modo de agir para facilitar a convivência com as esposas gestantes e evitar conflitos. Estas mudanças de comportamento incluíram a necessidade de se tornarem mais calmos, tolerantes e pacientes em relação às suas esposas.

“Ela mudou da água para o vinho, ela ficou mais explosiva e a convivência com ela ficou um pouco mais difícil. Muitas vezes eu tive que ficar quieto, mudar muita coisa, pois antes eu era mais estourado e ela mais calma, com a gravidez invertei tudo” (Tiago) (1)

“No começo foi difícil, mas depois fui me acostumando. O marido precisa ser bem tolerante, concordar, ficar calmo, para não dar conflito” (José) (1)

“Nessa época, ela ficou bastante sentimental, então eu sempre procurava conversar com ela, perguntar o que estava sentindo. Eu mudei bastante, eu era pouco paciente, mas com essas mudanças aprendi a ser paciente com a minha mulher, a tratar melhor. Então a paciência foi uma coisa ótima para mim” (Marcos) (1)

Os pais fizeram tentativas para compreender o significado das alterações apresentadas pela esposa grávida e apreender a lidar melhor com a situação. Agiram desse modo, pois consideravam que se tratava de uma fase delicada, mas passageira, da vida do casal. Na tentativa de compreender melhor suas esposas, os pais recorreram a vários recursos, como o aconselhamento de suas mães, de outros homens que já tinham vivenciado a experiência da paternidade, o acesso às informações em cartilhas destinadas às gestantes e os conteúdos disponibilizados em páginas eletrônicas.

“Essa parte hormonal foi bem complicada no começo né, porque ela ficou mais emotiva, então é uma fase delicada, mas que cabe ao homem aprender a respeito disso, ser companheiro, dar apoio, ter muita paciência, porque é uma fase... Isso foi o que mais me preocupou e que as pessoas me ajudaram” (Abel) (1)

“Eu escutava minha mãe falando que as mulheres às vezes ficam um pouco chatas e começam a chorar. Eu dizia para ela não ficar assim, que iria dar tudo certo” (Caio) (1)

“Durante a gestação, ela ficou muito emotiva, chorava por tudo, ficou mais sentimental. Eu achava um pouco estranho, porque ela não tinha aquele costume de ficar chorando sempre, tudo o que eu fazia era motivo de choro. Por isso que eu fui atrás da cartilha, para entender o significado de tudo aquilo, se a gravidez dava isso mesmo ou se ela que tinha enjoado de mim” (Elias) (1)

“Durante a gestação, eu percebi que ela mudou, a sensibilidade ficou mais aflorada. Então eu procurei conselho e informação sobre isso. Procurava na internet, perguntava para ela e para as outras mães” (José) (1)

As alterações comportamentais apresentadas pelas esposas após o parto também foram notadas pelos pais. As principais foram as emocionais, como a maior sensibilidade da mulher e a conseqüente facilidade para o choro. Alguns perceberam o estado depressivo apresentado pelas esposas.

“Depois do parto, acho que ela teve um pouco de depressão pós-parto. Eu percebi isso porque ela estava chorando demais, só falando coisas de morte. Ficava comentando que às vezes não valia a pena, que ela ia morrer, deixar uma criança, essas coisas assim. Eu tentava mudar de assunto, começava a falar, conversar” (José) (1)

“Depois do parto, eu percebi que ela está meio depressiva. Antes ela era mais alegre, a gente se divertia mais, ria, conversava, a gente curtia muito mais um ao outro, hoje não, hoje ela me evita e qualquer coisinha é motivo de briga” (Tiago) (1)

6.2.4 Medo de praticar sexo durante a gravidez e incompreensão do desinteresse da esposa por este assunto

Os pais tinham medo de praticar o sexo durante a gravidez por temerem possíveis danos ao corpo da gestante e ao desenvolvimento da

gravidez. Eles referiram que, em consequência deste fato, a frequência da atividade sexual tinha diminuído significativamente durante esta fase.

“Quando a barriga da minha esposa foi crescendo, eu ficava muito preocupado com a criança, de machucar alguma coisa dormindo ou até numa relação machucar alguma coisa, ter algum problema para a criança” (Isaque) (3)

“Na parte íntima não teve problema, mas eu tinha preocupação. Era meu filho, eu tinha medo, será que é normal, será que não é, será que se a gente fizer alguma coisa não vai afetar a criança. As coisas aconteciam, mas na realidade eu não sabia se podia ou não, eu pensava, será que não prejudica o bebê” (Paulo) (1)

“Na parte sexual foi meio difícil, porque ela ficava com medo e eu também. Tínhamos medo de dar alguma complicação, então a gente acabou não tendo muita relação. Eu tinha medo de machucar, de encostar no bebê, vai que acontecesse alguma coisa, pois é tão próximo” (Miguel) (2)

Com o decorrer do tempo e mediante a experiência vivida, puderam constatar que a prática do sexo não é nociva para a gestação. Alguns chegaram até a entender que a mulher se torna mais carente e necessita de maior atenção durante a gravidez, inclusive da atividade sexual.

“Em relação à parte sexual, nos primeiros meses da gravidez, eu senti uma pequena diferença, mas depois não, foi normal. A gente tinha mais cuidado porque eu tinha medo de prejudicar a criança. Mas me informei e descobri que fazer amor não prejudica a criança e que às vezes a mulher sente mais necessidade nessa época” (Elias) (1)

“Na intimidade a gente manteve relação até certo tempo, que sabia que não ia prejudicar o bebê, mas depois do quinto mês a gente não teve mais relação, mas o carinho continuava o mesmo, eu aumentei meu carinho e afeto por ela porque eu sabia que ela estava frágil. Para o homem é complicado ficar em abstinência, é difícil, mas deu para levar” (Pedro) (1)

Os pais reconheciam que a rejeição pelo sexo demonstrada pelas suas esposas fazia parte de um processo natural da gravidez. A capacidade que tinham, de compreender a perspectiva das gestantes, fez com que

alguns pais não tivessem se preocupado muito com esta questão e aceitado a situação.

“Houve um período em que ela me rejeitou. Eu sabia que era uma rejeição natural da mulher tem em relação ao homem por causa da gravidez. Pelo conhecimento que tenho hoje, sei que faz parte do processo” (Abel) (2)

“Quando minha primeira esposa engravidou, ela ficou um pouco mais distante de mim, tinha um pouco de nojo de algumas coisas, chegava até a ter ânsia, ela era um pouco fria comigo. Mas eu entendia, nem me preocupava e não falava nada, porque eu sabia que era um pouco por causa da gravidez” (Caio) (2)

Outros pais, por sua vez, tiveram dificuldades para aceitar o desinteresse de suas esposas pelo sexo, pois sentiam a necessidade do ato sexual e do carinho delas, mas não eram correspondidos em suas demandas.

“Na parte sexual, ela me evitou muitas vezes, foi muito difícil, ainda mais na minha idade, sexualmente ativo, é complicado, é difícil. Como o corpo dela mudou com a gravidez, ela ficou com mais vergonha, mais acanhada, ficou me evitando” (Tiago) (1)

“Eu ficava um pouco chateado, porque às vezes queria namorar, chegar perto e ela não queria, sempre dizia que estava cansada” (André) (1)

6.2.5 Ansiedade diante da possibilidade de ter filho com problemas de saúde

Os pais referiram ter sentido grande preocupação e ansiedade diante da possibilidade de ter um filho com problemas de saúde. Referiram que estes sentimentos perduraram durante toda a gravidez, pois o surgimento de problemas desta natureza implicaria na necessidade de cuidados especiais com o filho ao longo da vida e mudanças nos planos familiares.

“A gravidez é um processo muito curioso, você não vê a hora de nascer, quer logo saber como é, fica com aquela preocupação de nascer com algum problema, essa é a maior preocupação do pai” (Gabriel) (1)

“Ficava preocupado se a criança ia nascer saudável, normal, sem nenhum problema de saúde” (Isaque) (2)

“Era aquela preocupação de será que vou ter um filho normal, será que vai ter algum problema, será que a minha mulher vai ter um parto, uma gestação legal ou vai passar mal” (Paulo) (1)

Os pais ansiavam pelo nascimento do filho sem problemas de saúde. Esta expectativa fez com que eles tivessem incentivado suas esposas a buscar assistência pré-natal e a realizá-la adequadamente. Recomendaram inclusive a realização dos exames solicitados pelos médicos e a ingestão dos medicamentos prescritos. A adoção destas atitudes, assim como o seguimento detalhado das orientações recebidas dos profissionais, que incluía a incorporação de hábitos saudáveis na gravidez, tinha o propósito principal de promover o nascimento de um filho saudável.

“Durante a gestação, a gente fez todos os exames, fez até aquele ultrassom 3D, mas eu tinha um pouco de receio de o bebê não nascer todo perfeito, com algum probleminha” (José) (2)

“Todos os exames que a gente fazia de ultrassom a gente ficava ansioso para saber como estava o bebê, se não tinha nenhuma doença, se estava tudo certinho, se estava se formando direito. Ela ficava mais preocupada em manter a saúde do bebê e a dela, controlava a alimentação, tomava as vitaminas. Já a minha preocupação era colocar uma criança no mundo para enfrentar o futuro e de ela vir bem saudável” (Pedro) (1)

6.2.6 Preocupações diante da proximidade do parto

A proximidade do parto gerou muitas angústias para os pais. Os principais fatores que geraram sentimentos angustiantes foram: a ausência de sinais e de sintomas de parto na data prevista, as dúvidas relativas aos sinais e sintomas de trabalho de parto, o tipo de parto e o seu transcurso sem problemas, o sexo do filho e a confirmação da condição de hígidez do filho e a preservação da vida e da saúde da esposa.

O nascimento do filho em data posterior à prevista gerou grande ansiedade nos pais, que ficaram preocupados com a possibilidade de surgir problemas com a mãe e o filho.

“Perto do parto, a gente só ficou apreensivo porque o nenê passou um pouquinho do prazo de nascer” (Pedro) (1)

“No final da gestação, eu fiquei ansioso, né, porque a cesárea já estava marcada há algum tempo, aí ela ia ao médico, fazia os exames e ele falava que tinha que esperar mais um pouquinho” (Daniel) (1)

A falta de conhecimento em relação ao trabalho de parto e o momento apropriado para levar a esposa para o hospital foram os principais motivos da preocupação dos pais. Para minimizar este sentimento, eles buscaram adquirir conhecimentos sobre este assunto para que pudessem agir adequadamente e no momento oportuno.

“No final da gestação, eu fiquei muito preocupado, pois não sabia a hora de levar minha esposa para o hospital. Eles marcam a data, mas nunca é o dia certo e na hora certa” (André) (1)

“Perto do parto é uma fase muito delicada e preocupante, então eu procurei me informar a respeito do trabalho de parto” (Abel) (1)

O fato de os pais não vivenciarem as sensações do trabalho de parto no próprio corpo fez com que eles tivessem apenas presumido estas sensações. Diante desta situação, restou aos pais permanecerem atentos às queixas relatadas por suas esposas e agirem de forma apropriada e no momento certo, de modo a evitar o nascimento do filho em ambiente considerado inadequado.

“No final da gestação eu fiquei um pouco preocupado, mas acho que a mulher sabe à hora certa que vai nascer. Ela mesmo que vai falar se é uma dorzinha normal ou não. Só na hora que doer forte mesmo é que eu vou levar ela para o hospital. Mas eu fiquei atento, porque já pensou nascer dentro do carro, aí acontece alguma coisa (risos)” (João) (1)

“Eu achava que aquela dor era normal da gravidez, porque dizem que a dor do parto dói muito e ela não sentia muito forte. Só quando chegou ao hospital que ela começou a sentir aquelas dores, aí eu pensei, vai nascer aqui mesmo, na minha mão, Ave Maria (risos)” (Miguel) (1)

O “estourar a bolsa” representou um sinal objetivo da necessidade de levar a esposa para a maternidade. Quando este fenômeno ocorria, alguns

pais agiam de forma tranquila, pois já sabiam que sua ocorrência não era sinal de gravidade para a esposa e o filho.

“No primeiro parto, a bolsa estourou e a gente teve que sair correndo para o hospital” (Isaque) (1)

“Se estourar a bolsa, sei que tenho um tempo para chegar ao hospital, pois é só a bolsa que estourou, isso me deixa mais tranquilo. E, se caso acontecesse, eu ia pegar a minha esposa com cuidado e colocar no carro, ia tranquilamente para o hospital, evitando assim acidentes” (Abel)

Os pais tinham o imaginário do parto como um momento crítico, que requeria a atenção redobrada para evitar a ocorrência de problemas.

“Quando foi chegando o momento do parto, eu fiquei meio preocupado, pois não via a hora de nascer e os dois estarem bem. Tinha essa preocupação, pois tudo pode acontecer” (Lucas) (1)

“... fiquei muito preocupado que tudo desse certo. Pedi a Deus que abençoasse a mão do médico para que corresse tudo bem no parto” (Caio) (1)

Apesar de os pais estarem vivenciado um período permeado por preocupações e ansiedades relativas ao surgimento de intercorrências na gravidez e no parto e ao nascimento de um filho com problemas de saúde, havia entre eles o cuidado para não demonstrar estes sentimentos para suas esposas. Agindo desta forma, os pais tentavam garantir que suas esposas vivenciassem a gravidez de maneira tranquila, mediante a sensação de segurança que eles tentavam transmitir.

“Durante a gravidez é só expectativa, você não vê a hora de chegar o dia. É só isso que passa na cabeça, pelo menos na minha foi assim, eu queria que chegasse logo o dia. Acho que o homem nessa hora pode estar ansioso, mas ele tem que transparecer tranquilidade, ele não pode, em hipótese nenhuma, ficar mais nervoso que a mãe, ele tem que demonstrar segurança” (Mateus) (1)

“Os médicos decidiram que seria melhor uma cesárea, mas ela não queria cesárea de jeito nenhum, ela queria parto normal. Eu conversei com ela e fiquei incentivando. Particularmente eu também estava com medo, mas entrei na sala de cirurgia” (Pedro) (1)

6.2.7 Desconhecimento dos direitos e dos papéis a desempenhar no momento do parto

Muitos pais, que desconheciam o direito de acompanhar suas esposas no momento do parto, foram impedidos de exercê-lo. A ocorrência deste problema foi comum nos hospitais públicos.

“No dia do parto eu não pude entrar, eu pedi e eles não deixaram, eu não sabia se o marido podia entrar e até hoje eu não sei se existe esse direito” (André) (1)

“Mas eu não pude assistir o parto, eles não deixaram ficar, não deixam os pais entrarem, porque é hospital público. Eu fiquei chateado, porque eu queria ter assistido. Nem no outro dia eu pude ficar com ele, eram dez minutos e tinha que ir embora” (João) (2)

Os pais salientaram que, caso tivessem conhecimento prévio deste direito, certamente teriam exigido seu cumprimento. Lamentaram o fato de não terem sido alertados a respeito de seus direitos enquanto acompanhantes no parto.

“Eu gostaria de ter assistido o segundo parto, eu queria ver como que era, mas eles não me deixaram entrar. Se eu soubesse que era lei, tinha exigido com certeza. Mas ninguém me falou sobre isso” (Miguel) (1)

Alguns pais, mesmo tendo a possibilidade de estarem presentes na cena e participar no parto, não o fizeram por medo e falta de coragem, sobretudo de ver os procedimentos cirúrgicos que supostamente seriam realizados.

“No momento do parto, eu não acompanhei a minha esposa, eu fiquei lá fora, não quis entrar, porque eu não tenho muito coragem e não sabia como ia ser. O irmão dela que entrou, gravou o parto e depois eu assisti” (Daniel) (1)

“Foi parto normal, mas eu não acompanhei, fiquei com medo, tenho um pouco de receio dessas coisas de sangue. No momento eu fiquei um pouco perdido, eu não gosto de hospital, de entrar numa sala de cirurgia” (José) (1)

Outros pais, que chegaram a permanecer junto de suas esposas durante todo o transcurso do parto, buscaram oferecer suporte mediante estímulo positivo, transmissão de tranquilidade e ajuda nas atividades próprias do trabalho de parto.

“Eu acompanhei todo o parto. A minha esposa estava muito nervosa; procurei tranquilizá-la bastante, né; oramos bastante também, falei para ela tomar forças para suportar qualquer adversidade, porque um parto é uma cirurgia. E que Deus iria abençoar e que tudo iria dar certo, que o nosso bebê iria nascer forte e saudável” (Abel) (1)

“A gente foi para o hospital, fiquei a noite inteira em claro junto com ela, só esperando nascer. Fiquei sempre positivo, procurando estar junto para não acontecer nada, ajudando ela caminhar, pois dizem que é bom, que ajuda na dilatação. Eu consegui ajudar muito, conversando e pedindo para ela fazer força, aí o nenê nasceu e ficou tudo bem” (Lucas) (1)

Outros pais, por sua vez, se sentiram confusos e não souberam o que fazer para ajudar suas esposas naquele momento. Estes pais, que agiram intuitivamente, em consequência do desconhecimento a este respeito, realizaram o que lhes parecia mais coerente no papel de acompanhante. Eles avaliaram que, caso tivessem recebido as orientações para o desempenho adequado de seus papéis, teriam tido a oportunidade de vivenciar uma experiência mais positiva.

“No primeiro filho, eu fiquei sentado olhando, fiquei bem próximo do rosto da minha esposa e não vi o meu filho saindo. Eu fiquei lá assistindo, não tive nenhuma ação” (Isaque) (1)

“No momento do parto a única coisa que eu sabia que tinha que fazer era ficar do lado dela, pois ela estava assustada. Eu fiquei um pouco perdido também, não sabia o que falar para ela, falava o que vinha na minha cabeça. Se tivesse alguma coisa para ajudar a preparar os pais seria excelente” (Tiago) (1)

6.2.8 Atitudes e experiências distintas em relação à abstinência sexual no pós-parto

Os pais relataram experiências e comportamentos distintos quanto à abstinência sexual no período pós-parto. O respeito à abstinência sexual

neste período ocorreu de forma tranquila para alguns pais, sobretudo aqueles cuja atenção estava focada na paternidade. Estes seguiram rigorosamente as recomendações recebidas dos profissionais quanto a este aspecto.

“Para mim, o período da dieta foi tranquilo, porque essa experiência de ser pai toma um pouco a sua disposição para isso, então você acaba deixando de lado. A gente seguiu o que o médico pediu e não teve nenhuma dificuldade” (Isaque) (1)

“... o sentimento de ser pai inibe um pouco o desejo da pessoa. Você se torna tão preocupado com aquela pessoa que você gosta, ama, que acaba se adaptando psicologicamente, mesmo sem saber” (Davi) (1)

Para outros pais, o resguardo sexual no período após o parto foi difícil e complicado. Para estes, restou o sentimento de resignação diante da situação.

“A parte da dieta (resguardo sexual no pós-parto) foi difícil, foi muito complicado. Eu acho que tem que esperar mesmo, não tem jeito, 40 dias” (André) (1)

“Depois do parto ficar sem ter relação com ela foi um pouquinho ruim, porque o nosso relacionamento era muito amoroso, aí ficar 40 dias sem relação, em quarentena, foi um pouco sufocado, mas eu fui aguentando” (Elias) (1)

Apesar de considerarem difícil, alguns pais conseguiram manter a abstinência sexual no pós-parto. A preservação desta abstinência foi motivada por inúmeros fatores, sobretudo as crenças e os valores pessoais, como o respeito em relação à esposa, a religiosidade, a integridade da família, a preservação dos princípios pessoais e o temor do arrependimento.

“Depois do parto, ficar sem relação sexual foi um pouco difícil, para quem é acostumado e está casado é muito difícil mesmo (risos), mas eu consegui, por causa do respeito também, tem que respeitar” (João) (1)

“Depois do parto, a médica estipulou a dieta, e falou: “É assim e tem que fazer”. A dieta é uma coisa muito difícil, mas como eu sou evangélico eu penso no arrependimento, de fazer a coisa errada e me arrepender depois. Porque, dependendo da pessoa, transparece e a companheira percebe” (Marcos) (1)

“Depois do parto, ficar sem relação é difícil, mas tem que colocar na cabeça que é por uma boa causa” (Lucas) (3)

“Se eu falar que não cheguei a pensar em procurar outra mulher, estarei mentando, mas eu acabei entendendo o que era para ser feito e não procurei outra” (Elias) (1)

Um pai, que não tinha conseguido suportar a abstinência sexual durante o período do resguardo puerperal, chegou a procurar outra mulher. Este pai se arrependeu da própria conduta, avaliou que não deveria ter adotado este comportamento, pois, a seu ver, o relacionamento marital não se restringe ao relacionamento sexual.

“Uma vez cheguei a procurar outra mulher fora de casa e ela acabou descobrindo. Não valeu a pena, deu aquela briga e eu quase me separei. É uma coisa que eu não aconselho para ninguém, porque às vezes a gente acha que sexo é tudo, mas o relacionamento entre marido e mulher não é só sexo” (André) (1)

Alguns pais referiram ter enfrentado dificuldades no retorno à atividade sexual no período após o parto, pois tinham muitas incertezas e temores em relação a vários aspectos. Não tinham conhecimentos a respeito da duração da abstinência sexual e dos possíveis prejuízos provocados pela atividade sexual realizada neste período, como os danos à integridade das mamas e da vagina.

“Eu tinha medo, até no dia que ela estava livre do resguardo, eu perguntei se ela queria esperar mais. É, tem que esperar né, tem que segurar” (André) (1)

“Eu não sabia quantos dias tinha que esperar para ter relação, ninguém me explicou. Tinha medo de machucar os peitos dela que estavam sensíveis e a vagina, que eu não tinha ideia se já tinha reparado tudo ou não” (José) (1)

Outras preocupações interferiram sobre o retorno à atividade sexual no pós-parto, entre elas, o uso de medicamentos anticoncepcionais e seus prejuízos sobre a composição do leite materno. Um pai avaliou que a abstinência sexual deve ser mantida após o período do resguardo, tendo em vista que o relacionamento conjugal não se restringe à atividade sexual. Na

visão deste pai, existem outras estratégias a serem adotadas para preservar a harmonia entre o casal neste período.

“Além do resguardo, a gente esperou mais um tempo para saber se ela podia tomar algum remédio, porque não dá para confiar só na camisinha. Aí a médica explicou que podia prejudicar o leite, então esperamos até seis meses. Então eu fiquei um ano sem ter relações, mas tinha as trocas de carícia, porque o casal pode ter algumas ferramentas que não precisa ser o ato consumado, mas pode manter uma relação” (Pedro) (1)

Um pai revelou que se sentiu incomodado em retomar a atividade sexual no pós-parto devido ao significado atribuído à mama e ao leite materno, que assumia uma conotação diferente daquela que tinha anteriormente.

“Nessa época, eu fiquei um pouco incomodado, tinha um pouco de nojo, não sentia mais vontade de encostar na mama dela, não só por nojo do leite, mas porque ali era a alimentação do meu filho” (Elias) (1)

“Em relação à mama dela, eu sentia que ali não era mais parte minha (risos) e eu também tinha nojo do leite” (Miguel) (1)

6.2.9 Enfrentamento de dificuldades no aleitamento materno apesar da importância atribuída a esta prática

Os pais reconheciam a importância do aleitamento materno para a preservação da vida e da saúde de seus filhos. Entretanto, revelaram a existência de muitas dificuldades em relação a esta prática. Uma delas se referiu à duração do aleitamento materno. A esposa de um dos pais, acreditando que seis meses de aleitamento materno eram suficientes, encerrou esta prática, apesar do posicionamento contrário manifesto pelo marido. Este pai recordou o fato com certo pesar.

“Na época que meu filho mamava no peito, eu discuti com a minha esposa, porque com seis meses ela o tirou do peito. Eu falei para que estava errado, tanto é que até hoje o menino sente falta, fica passando a mão no peito dela. Acho que é errado, porque só seis meses é pouco para alimentar a criança” (Elias) (1)

Um dos pais referiu ter se sentido aflito com o fato da sua esposa ter demonstrado a sensação dolorosa no momento do aleitamento materno. Este pai acreditava que esta sensação era causada pelo ressecamento do mamilo ou a ocorrência da fissura mamilar.

“Quando ela amamentava, eu via que ela sentia muita dor, mas não sabia o porquê. Acho que o mamilo resseca e racha também”
(José) (1)

Quando o aleitamento materno tinha que ser interrompido devido às lesões sofridas nos mamilos ou em consequência do surgimento de outro problema, os pais ficaram preocupados com a descontinuidade desta prática, pois acreditavam que o leite materno conferia proteção ao filho. Nessas situações, tomavam precauções para impedir que seus filhos fossem expostos a situações que podiam comprometer a saúde.

“O mamilo ficou tão machucado que ela não suportava mais dar e não teve outro jeito, tivemos que dar outro leite. Mas mesmo assim a gente ficava com a preocupação que o colostro e o leite passavam os anticorpos da mãe para o bebê” (Abel) (1)

“Graças a Deus, ele foi amamentado no peito até certo período, depois o leite da minha esposa secou e ele precisou receber outro leite. Então tivemos que tomar cuidado com visitas, muita gente, sair na rua, devido à imunidade” (Mateus) (1)

Houve dificuldades em relação à continuidade do aleitamento materno no domicílio. As principais dificuldades foram em relação ao mamilo pouco saliente e à lesão mamilar.

“Chegando em casa com o nenê, nós tivemos dificuldade no começo, porque minha esposa tinha os mamilos quase rentes, retos, e o nenê teve dificuldade de pegar, machucou muito o seio dela” (Abel) (1)

6.2.10 Valorização das orientações sobre cuidado do filho

Os primeiros cuidados em relação aos filhos após a chegada ao domicílio foram permeados por medos e dúvidas. Esta situação fez com que

os pais tivessem permanecido distantes de seus filhos, num primeiro momento, e deixado os primeiros cuidados sob a responsabilidade de parentes do sexo feminino. Agiram desta forma apesar de terem desejado participar ativamente nos primeiros cuidados com os filhos.

“Quando eles chegaram em casa minha sogra ajudou o tempo todo. Ela ajudava e eu ficava olhando, porque eles eram muito pequenininhos e eu ficava com medo de pegar, de machucar. Eu não tinha muito jeito. Ai, quando foi ficando maior, eu fui pegando” (Daniel) (1)

“Quando ela chegou com o nenê em casa, foram só dúvidas. Nunca tinha pegado uma fralda na vida, nunca mexi com nenezinho e também tinha a questão do umbigo. Eu fiquei mais distante, a mãe dela que ajudou bastante” (José) (1)

“Também não ajudei a dar banho, eu morria de medo (risos). Eu queria ter ajudado, mas acho que era medo, pois homem é mais desajeitado” (André) (1)

As primeiras dificuldades enfrentadas pelos pais neste âmbito foram sendo gradativamente superadas mediante o desenvolvimento dos cuidados, que foram iniciados apesar dos medos e das dificuldades.

“Quando ela saiu do hospital, eu não sabia nem segurar o nenê, porque era muito molinho, só depois de uns três dias que eu me acostumei” (Miguel) (3)

“A fralda eu demorei muito tempo para trocar. Eu nunca tive essa experiência, não sabia cuidar de nenê, só depois que comecei a aprender” (Miguel) (1)

Os pais avaliaram que as orientações relativas aos cuidados com os filhos deveriam ser fornecidas antes da alta hospitalar. Neste aspecto, acreditam que a existência de uma cartilha contendo as principais recomendações sobre os cuidados com o filho recém-nascido no contexto doméstico, no qual não podiam mais contar com o auxílio e a orientação de um profissional, representaria uma inestimável ajuda. Um dos pais, que já havia frequentado um curso que enfocava este assunto, avaliou a importância do conhecimento prévio destes conteúdos.

“O problema é quando você volta para casa, acho que aí uma cartilha ajudaria bastante. Quando você está na maternidade, você

tem os enfermeiros. Então você precisou trocar uma fralda, se você não está habituado, você pede para a enfermeira trocar, se você precisa dar um banho, e não está habituado, você chama a enfermeira que ela dá ou te auxilia a dar” (Isaque) (1)

“A primeira fralda do meu filho eu troquei com oito meses, acho que se tivesse uma cartilha sobre isso ajudaria bastante, não só eu, mas também outros homens” (Elias) (1)

“Acho que os homens deveriam ser ensinados a cuidar do umbigo, trocar fralda e dar banho também” (José) (2)

“No começo, você não tem muito jeito, tem dificuldade para trocar a fralda, mas dessa parte eu já estava meio estruturadinho, porque eu já tinha feito um cursinho para os pais de primeira viagem” (Abel) (1)

As principais dúvidas dos pais em relação ao cuidado dos filhos foram em relação ao choro e seus motivos, a regurgitação do leite materno, a erupção após as mamadas e à possibilidade de engasgo ou de aspiração do leite materno.

“Às vezes ela chorava e eu não sabia porquê, me sentia de mãos atadas...” (André) (1)

“A primeira noite que dormimos sozinhos com o nenê, eu praticamente não dormi, fiquei em pânico porque eu não sabia o que poderia acontecer, o que a gente poderia fazer se acontecesse alguma coisa. Se o nenê engasgar ou se começar a chorar e não parar, sei lá, ou se o umbigo estourar, qualquer tipo de coisa” (Isaque) (1)

“Eu também ficava preocupado depois que a criança mamava, quando não arrotava ou quando vomitava. Depois que a criança mamava, eu a colocava de lado no berço e ficava de pé do lado para não acontecer nada” (Caio) (1)

“Quando ela tomava leite e eu sentia que ela golfava, eu me apavorava” (Elias) (2)

A adaptação aos hábitos de sono e repouso dos filhos foi considerada difícil, sobretudo a conciliação das necessidades de sono e repouso com as atividades laborais próprias.

“No início, quando ela chegou em casa com o bebê, foi complicado, ele acordava de madrugada, eu ficava com ele, dava mamadeira, entregava para ela e ia dormir. A adaptação foi complicada, foi difícil adaptar os horários dele com os horários dela. Eu vi que ela ficou muito cansada, tentei ajudar ao máximo, e até hoje tento dar atenção o máximo que posso, mas trabalhando é ruim para eu ficar acordando de madrugada” (Tiago) (1)

6.2.11 Mudanças no relacionamento conjugal após o nascimento do filho

Os pais perceberam que o nascimento do filho provocou mudanças no relacionamento marital. Alguns notaram a diminuição ou até mesmo a ausência do interesse sexual por parte da mulher. Um pai referiu que a ocorrência deste problema acabou afetando o relacionamento entre o casal e ocasionando o distanciamento e a conseqüente separação matrimonial.

“Já na parte sexual, ela mudou um pouco, no sentido do interesse né, pois antes da minha filha nascer ela tinha mais interesse sexual por mim, hoje já não tem mais” (André) (1)

“Depois que a criança nasceu, ela começou a me evitar, colocava a criança no meio da cama e eu no canto, depois começou a pedir para eu dormir no quarto do lado porque a criança estava ocupando muito espaço na cama e ela não podia deixar a criança sozinha. Eu percebia que ela estava sentindo alguma coisa estranha, diferente. Eu cobrava isso dela, e ela falava que não tinha mudado nada e que não estava diferente. Ai a gente acabou se distanciando e separando” (Elias) (1)

A ausência do desejo sexual e a falta de privacidade foram referidas como causas que interferiram no retorno à atividade sexual.

“... às vezes quero namorar, chegar perto e ela não quer, sempre diz que está cansada. Eu acho que às vezes é um pouco pela criança, porque lá em casa tem pouco espaço, minha filha ainda dorme no mesmo quarto que nós, então não temos aquela liberdade que tínhamos antes” (André) (1)

“Para voltar a ter relação, foge um pouco do normal, porque tem o bebê do lado” (Abel) (1)

Um pai referiu o desejo de buscar o prazer sexual em outra mulher. Mas este sentimento foi contido pelo sentimento de amor em relação à família e mediante diálogos sobre este problema tido com os pais e os amigos.

“Já pensei em traição, mas meu amor pela minha família é muito maior, muito mais forte do que isso. Pensar a gente pensa, porque homem é homem, não tem jeito, homem não presta (risos). Mas

eu consegui segurar, ficar na boa, mesmo chegando em casa, querendo carinho, uma coisinha ali e não tinha, eu consegui aguentar, conversando muito com os amigos, com os pais, isso foi o que me ajudou” (Tiago) (1)

O conjunto de mudanças percebidas em relação ao comportamento das esposas, associado ao sentimento de estar sendo posto em segundo plano, fez com que muitos pais tivessem vivenciado sentimentos de ciúmes em relação à esposa e demais membros da família. Estes pais avaliaram que estas pessoas deveriam destinar mais atenção a eles durante o período após o parto.

“Depois que a criança nasce, o centro das atenções é ela, a gente fica sendo um pouco, não digo excluído, mas um pouquinho esquecido, mas aí que o pai tem que ter a consciência que é tudo novo, e que esta situação é momentânea e vai passar. Fiquei com ciúmes da família e com ciúmes da esposa também” (Marcos) (1)

“A atenção também diminuiu bastante, não era mais como antes. Eu me sentia meio colocado de lado, não era paparicado (risos)” (André) (1)

“Acho que a mulher deve dar mais atenção ao marido, atenção em tudo. Eu sei que é difícil para a mulher, porque ela tem que cuidar do filho, dar atenção, cuidar do corpo dela, mas ela precisa dar mais atenção ao marido também. Quando eu falo em atenção, é atenção em tudo, desde conversar até sexo” (Tiago) (1)

6.3 AS DEMANDAS DOS PAIS POR ORIENTAÇÃO E SUPORTE PROFISSIONAL

As demandas por orientações e suporte manifestadas pelos pais, que foram identificadas em suas narrativas, são apresentadas na forma de itens e agrupadas segundo a sequência cronológica dos eventos. Foram elaboradas respostas e esclarecimentos a estas demandas, com base na literatura científica. Algumas figuras, de caráter inédito, foram elaboradas por um profissional, especialmente para servir como ilustração e facilitar a compreensão das explicações.

6.3.1 Gravidez

- **Alterações comportamentais da gestante**

Durante a gravidez, as mulheres apresentam diversas alterações de comportamento. Essas alterações são comuns a todas as mulheres, porém cada uma reage de uma maneira, dependendo da sua personalidade, relação com seu parceiro, circunstâncias em que ocorreu a gravidez e suas repercussões (Bortoletti, 2007).

O sentimento de **ambivalência afetiva** surge no início da gestação e permeia todo o ciclo gravídico puerperal, podendo manifestar-se até meses depois do parto. A mulher vivencia este sentimento ao desejar estar e não estar grávida, querer e não querer o filho. Não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, o sentimento oposto sempre vai existir. Esta ambivalência é natural e caracteriza todos os relacionamentos interpessoais (Maldonado, 2005).

A **ansiedade** é outra alteração comportamental marcante neste período. A grávida apresenta muitas dúvidas sobre como será a gestação, o momento do parto e o período após o parto. Ela pode ficar angustiada e não vivenciar de maneira positiva este período ou desenvolver, até mesmo, transtornos psíquicos (Bortoletti, 2007). No último trimestre gestacional, o nível de ansiedade tende a aumentar devido à proximidade do parto e da mudança de rotina de vida após a chegada do bebê; portanto, é importante que os profissionais da saúde estejam atentos durante esta fase e procurem amenizar este sentimento sempre que possível, através do esclarecimento das dúvidas ou apenas pela escuta ativa (Maldonado, 2005).

Outra alteração importante é a **regressão**. Esta manifestação pode ser vista como algo negativo pelas pessoas ao redor, devido à mulher apresentar comportamentos e sentimentos infantilizados. Também é comum, nesta fase, que a gestante se isole e se volte para si mesma, tendo um comportamento de **introversão**. No entanto, estas alterações comportamentais são fundamentais no ciclo gravídico puerperal e

contribuem na relação de proximidade entre a gestante e seu filho (Maldonado, 2005).

Os **desejos** (vontade compulsiva intensa por determinado alimento) e as **aversões** (repulsa intensa por certos tipos de comida ou bebida, nunca sentida anteriormente) são alterações que também ocorrem com frequência durante a gravidez. Várias são as explicações dadas a estas manifestações, sendo relacionadas: às superstições e ao folclore, segundo os quais, quando um alimento desejado não é ingerido pela gestante, a criança pode nascer com algum problema de saúde ou com marcas no corpo; à necessidade de compensar determinada deficiência nutritiva, expressa pela vontade de comer substâncias estranhas, tais como barro, cimento, talco; à necessidade de atenção; e às alterações do paladar e do olfato, levando a preferência por alimentos com sabor e cheiro mais ativos e picantes (Maldonado, 2005).

As aversões são manifestações que surgem não apenas no paladar, mas também no olfato, devido ao aumento da **sensibilidade olfatória** neste período. Por este motivo, é comum que as mulheres, durante a gravidez, passem a não suportar o perfume do marido, chegando a apresentar náuseas. Este problema é de fácil resolução, basta que o parceiro não utilize mais o cosmético. Já quando a aversão é pelo “cheiro” natural do marido, a situação é mais complicada, pois a gestante passará a evitá-lo e ele poderá sentir-se rejeitado e excluído do processo gestacional. Diante desta situação, é necessário que o profissional aborde essas questões de maneira transparente e trabalhe no sentido de preservar a boa relação do casal (Bortoletti, 2007).

A **hipersensibilidade** é outra alteração comportamental marcante durante o ciclo gravídico puerperal. Nesta fase, a mulher fica mais irritada e vulnerável a certos estímulos externos que anteriormente não a afetavam, apresentando oscilações bruscas de humor; ou seja, em um determinado momento está feliz e em seguida fica triste e começa a chorar, sem motivo ou por algo insignificante. Esta instabilidade emocional geralmente não afeta apenas a gestante, mas também as pessoas que a rodeiam, principalmente o parceiro, que têm dificuldades em lidar com essas alterações. Diante desta nova situação, o parceiro tenta se adequar, porém nem sempre a gestante

reconhece sua dedicação, levando-o a se sentir impotente na sua função de pai. Neste momento, é importante que o homem verbalize seus sentimentos, para que sua esposa perceba seu empenho (Bortoletti, 2007).

- **Sonolência e fadiga**

O aumento da necessidade de dormir é uma manifestação muito comum durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre. É como se o organismo estivesse se preparando para as mudanças fisiológicas que ainda vão acontecer, aumentando a necessidade de repouso (Maldonado, 2005).

Segundo Zugaib (2012), a sonolência e a fadiga são sintomas comuns no início da gravidez e, em geral, regridem por volta do quarto mês. A sonolência pode estar associada aos altos níveis de progesterona¹, hormônio depressor do sistema nervoso central. Já a fadiga no final da gestação pode estar associada às alterações do padrão e da qualidade do sono.

- **Enjoo e vômitos**

Náuseas e vômitos são comuns no início da gestação, permanecendo em geral até a 16^a semana de gravidez. Estima-se que 75% das gestantes apresentam esses sintomas. Ainda não se sabe exatamente o motivo das náuseas e dos vômitos durante o período de gravidez, mas acredita-se que esses sintomas possam estar associados à elevação dos níveis de gonadotrofina coriônica humana² e estrógeno³. O aspecto emocional e psíquico também parece estar envolvido nesse quadro (Zugaib, 2012).

É recomendado que as gestantes tenham alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia); evitem frituras, gorduras e alimentos com odores fortes, que podem agravar os sintomas; evitem ingerir líquidos durante as refeições; ingiram alimentos sólidos antes de levantarem-se pela

¹ Progesterona é um hormônio produzido pelos ovários e pela placenta durante a gravidez. Este hormônio é essencial na manutenção da gestação.

² Gonadotrofina coriônica humana (hCG) é um hormônio produzido pelas células do embrião. No início da gravidez as concentrações de hCG no soro e na urina da mulher aumentam rapidamente.

³ Estrógeno é um hormônio produzido pelos ovários e pela placenta durante a gravidez. Ele é responsável pelo crescimento do útero e pelo desenvolvimento das mamas durante a gestação.

manhã, como pão ou biscoitos do tipo “água e sal”; adiem o horário de escovação dos dentes pela manhã; ingiram alimentos gelados; procurem o serviço de saúde para avaliar a necessidade do uso de antieméticos⁴ (São Paulo, 2010).

O agravamento desse quadro pode levar a uma patologia chamada “hiperemese gravídica”, caracterizada por náuseas e vômitos frequentes e persistentes, sendo necessária internação hospitalar e terapêutica intensiva para corrigir a desidratação e as alterações metabólicas e nervosas (Neme, Maretti, 2000).

- **Mal-estar e desmaios**

O mal-estar e os desmaios são causados principalmente pelas mudanças bruscas de postura, da posição deitada para a posição em pé, devido à má adaptação circulatória, com redução do fluxo cerebral e pelo decúbito dorsal horizontal, em gestações avançadas, pois, nesta posição, o útero gravídico comprime a veia cava inferior, reduzindo o retorno venoso ao coração, provocando queda do débito cardíaco, seguida de hipotensão arterial⁵ e redução do fluxo cerebral. Para a melhora do quadro, no primeiro caso, deve-se deitar a gestante com a cabeça mais baixa que o corpo e, no segundo caso, deslocar o útero para o lado esquerdo ou colocar a gestante em decúbito lateral (Neme, Maretti, 2000).

A gestante deve ser orientada a não realizar mudanças bruscas de posição e evitar jejum prolongado, ambientes pouco ventilados e vestuário desconfortável que produza calor excessivo. Mesmo seguindo estas orientações, caso sinta fraqueza ou sensação de desmaio, ela deve sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se de lado e respirar profundamente (São Paulo, 2010).

- **Aumento do apetite**

O aumento do apetite e da sede começa no primeiro trimestre da gravidez e persiste por toda a gestação. Este aumento pode estar

⁴ Antieméticos são medicamentos utilizados no alívio dos sintomas como enjoo, náuseas e vômitos.

⁵ Diminuição da pressão arterial.

relacionado à diminuição dos níveis de glicose e aminoácidos, utilizados pelo feto para seu desenvolvimento (Rudge, Borges, Calderon, 2000).

Outra hipótese para o aumento do apetite é o comportamento de regressão apresentado pela mulher durante a gravidez. Nesta fase, há inadequação na quantidade e na escolha do alimento, quando a gestante passa a comer mais e a procurar principalmente itens que agradam ao paladar infantil, levando ao ganho excessivo de peso (Bortoletti, 2007).

- **Aumento de peso**

No início da gravidez, é comum que a gestante emagreça, em decorrência das modificações em seu organismo, que causam náuseas e vômitos. À medida que a gestação avança, a gestante engorda, seu quadril torna-se mais largo e seu abdome fica mais volumoso (após o terceiro mês de gravidez) (João, 2004).

O aumento do peso ocorre em função do desenvolvimento do feto e de seus anexos e das modificações impostas ao organismo materno neste período. Destes, o maior aumento se dá pela retenção hídrica causada pela gestação (Peixoto, 2004).

É ideal que a mulher com Índice de Massa Corpórea (IMC)⁶ normal (IMC entre 19,8 e 26,0) tenha ganho de peso de aproximadamente 11,5 a 16 Kg durante toda a gravidez. Já para as mulheres obesas (IMC > 29,0), é recomendado ganho menor que 7 Kg (Ruocco, 2005).

Gestantes com ganho inferior a 1 Kg ou maior que 3 Kg em um mês precisam ser avaliadas, pois essa alteração pode estar relacionada com mudanças nos hábitos alimentares, retenção hídrica ou outros fatores (Zugaib, 2012).

O controle do peso durante o período gestacional deve ser rigoroso e a gestante deve ser orientada a consumir alimentos ricos em nutrientes que garantam o bom desenvolvimento do concepto (proteínas, vitaminas e sais minerais) e restringir o consumo de alimentos que promovam acúmulo de gordura (lipídeos) (Neme, Maretti, 2000).

⁶ IMC é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal. Ele é determinado pela divisão do peso do indivíduo pela sua altura ao quadrado ($\text{peso} \div \text{altura}^2$).

- **Aumento dos seios**

Desde o início da gestação, as modificações nas mamas já são evidentes. Neste período, é comum a gestante queixar-se de dor e hipersensibilidade mamária, que tende a melhorar com o decorrer da gravidez (Zugaib, 2012).

O aumento das mamas é observado já a partir da sexta semana de gravidez e se dá pela produção de estrógeno e progesterona, pela placenta, e pela produção de prolactina⁷, pela hipófise anterior materna, ambas promovendo o crescimento e o desenvolvimento mamários necessários à lactação no período pós-parto (Zugaib, 2012).

O aumento mamário pode causar o aparecimento de estrias avermelhadas, que futuramente tornam-se mais claras e brilhantes. Também é possível visualizar, sob a pele, o aumento da vascularização da mama, conhecido como Rede Venosa de Haller. Neste período, o mamilo e a aréola aumentam de tamanho e tornam-se mais pigmentados. O aumento da aréola dá origem à aréola secundária (Sinal de Hunter). As glândulas sebáceas presentes na aréola tornam-se hipertróficas e salientes e recebem o nome de Tubérculos de Montgomery. A partir da 20^a, é comum a saída de colostro⁸ à expressão ou mesmo espontaneamente (Bressan Filho, 2000).

- **Dores**

Durante a gestação, são frequentes as queixas dolorosas, como: lombalgia⁹, cefaleia¹⁰, dor na arcada costal, em baixo ventre, nas fossas ilíacas e na articulação púbica (Neme, Maretti, 2000).

Devido o aumento constante de volume e peso do útero e da projeção do abdome para frente, a gestante desloca o centro de gravidade para trás. Com o objetivo de manter o equilíbrio, afasta os pés para aumentar a base de sustentação, joga o corpo para trás e acentua a lordose lombar, causando lombalgia (Neme, 2000; João, 2004).

⁷ Prolactina é um hormônio secretado pela hipófise que estimula a produção de leite pelas glândulas mamárias e o aumento das mamas.

⁸ Colostro é uma forma de leite secretado nos primeiros dias após o parto. Ele é rico em imunoglobulinas que conferem imunidade ao bebê.

⁹ Dor na região lombar.

¹⁰ Dor de cabeça.

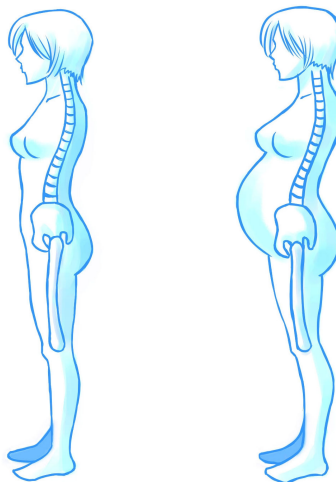


Figura 1. Mudança do centro de gravidade devido aumento do volume uterino e consequente projeção do abdome para frente, causando lombalgia

A lombalgia é muito comum entre as gestantes, cerca de 70% delas referem este desconforto, que pode piorar com a evolução da gravidez. Para evitar ou mesmo diminuir a intensidade deste desconforto, as gestantes devem evitar o uso de sapatos de salto alto e a prática de atividades físicas pesadas, devendo realizar aplicação de calor local (Zugaib, 2012; São Paulo 2010).

A cefaleia também é outro desconforto comum entre as gestantes, principalmente no primeiro trimestre. Em geral, não tem uma causa específica e tende a desaparecer ao longo da gravidez. Em alguns casos, pode estar associada a condições patológicas, como hipertensão arterial¹¹ (Zugaib, 2012). Eventualmente, pode ser necessária prescrição de um analgésico¹², por tempo limitado, e avaliação médica, caso o sintoma persista (São Paulo, 2010).

A dor na arcada costal aparece principalmente nas grandes distensões uterinas e nas primigestas e está relacionada à grande abertura do ângulo de Charpy, que é formado pelo cruzamento das últimas costelas inferiores. Dores em baixo ventre e nas fossas ilíacas são mais frequentes no primeiro trimestre e podem estar associadas à compressão da bexiga;

¹¹ Aumento da pressão arterial.

¹² Analgésicos são medicamentos utilizados no alívio da dor.

enquanto que a dor na articulação púbica pode ser decorrente do estiramento dos ligamentos desta região (Neme, Maretti, 2000).

- **Edema**

O edema (inchaço) localizado ou generalizado pode ser comum em gestações normais e é observado em muitas mulheres no final da gestação. Este edema surge devido alterações no metabolismo da água e dos eletrólitos durante a gravidez (Montenegro, Rezende Filho, 2008). Este incômodo pode ser amenizado consumindo-se maior quantidade de líquidos e restringindo-se o sal de adição, além dos alimentos ricos em sódio, como temperos prontos, caldos, embutidos e enlatados (Zaccaro, 2004).

Durante o período gestacional, ocorre também a compressão das veias ilíacas pelo útero, causando aumento da pressão venosa e redução do fluxo de sangue para os membros inferiores, contribuindo para o surgimento do edema nesta região (Gomes, Mamede, 2006).

Já a presença de edema e o ganho excessivo de peso são sinais de alerta para o diagnóstico das síndromes hipertensivas na gravidez. Nestes casos, a gestante deverá procurar atendimento médico (Neme, Parpinelli, 2000).

- **Dificuldade para dormir**

Muitas mulheres apresentam dificuldade para dormir durante a gestação, principalmente no último trimestre. Esta dificuldade geralmente está relacionada ao aumento do volume abdominal, à dispneia¹³ e à ansiedade. É importante que a gestante adote uma posição confortável para dormir, que pode ser de lado (sobre o lado esquerdo), com um travesseiro entre as pernas e outro embaixo da barriga. Se esta posição não for confortável, a gestante pode tentar dormir sentada em uma poltrona ou mesmo na cama, sendo apoiada por travesseiros¹⁴.

¹³ Dispneia é um sintoma no qual a pessoa tem dificuldade para respirar.

¹⁴ Baby Center Brasil. Sono no terceiro trimestre. www.brasil.babycenter.com

- **Uso de medicamentos**

Durante a gestação, a utilização de medicamentos, prescritos pelo médico ou não, é muito comum. Alguns medicamentos podem causar graves problemas no desenvolvimento do feto, retardo mental, restrição de crescimento ou outras anomalias. Portanto, é recomendado que a gestante evite o uso de medicamentos, principalmente no primeiro trimestre de gravidez (Zugaib, 2012). Caso seja necessária a utilização de algum medicamento, a gestante deverá procurar orientação médica.

- **Atividades físicas e laborais**

As atividades físicas de intensidade leve a moderada não são prejudiciais à saúde da gestante e nem à do feto, porém é recomendado que a gestante passe por uma avaliação médica antes de iniciar tais atividades. Caso não tenha contraindicações, a gestante deve ser estimulada e orientada a manter uma atividade regular por 30 minutos ou mais, diariamente (Zugaib, 2012).

Existem atividades físicas de baixo risco e, portanto, benéficas à saúde; atividades de médio risco que só poderão ser realizadas com certas precauções e atividades de alto risco, que são contraindicadas durante a gestação.

As atividades de baixo risco podem ser praticadas por qualquer gestante saudável, mesmo as sedentárias. Neste grupo, podem-se incluir: caminhada, hidroginástica leve, bicicleta ergométrica, *tai chi chuan* e ioga. Já no grupo das atividades de médio risco estão: ginástica aeróbica, musculação, esportes com raquete, esqui e patinação. A musculação, apesar de muito praticada, deve ser evitada durante a gestação, pelo risco de lesões osteoarticulares e diminuição do fluxo placentário. No grupo das atividades de alto risco estão: voleibol, basquete, esqui aquático, hipismo e mergulho. Estas atividades não devem ser praticadas durante a gravidez, pelo risco de traumas e descolamento da placenta (Amaral, 2004).

As gestantes de baixo risco que trabalham em atividades sem risco potencial podem continuar suas atividades até o momento do parto. Porém, as atividades que demandam esforço físico devem ser reduzidas,

principalmente em gestantes de alto risco. Estas gestantes necessitarão de maiores cuidados durante a gravidez, pois apresentam fatores de risco para eventos indesejáveis durante a gestação, parto ou pós-parto, que podem comprometer sua saúde e a do bebê (Zugaib, 2012).

- **Práticas sexuais**

Na espécie humana, não há interrupção da atividade sexual durante a gestação, porém essa prática é acompanhada de dúvidas, fantasias, preconceitos e tabus, muitas vezes por influência de fatores sociais, culturais e religiosos (Vitiello, Vitiello, 1981). A influência religiosa pode levar a mulher à procura da perfeição e da pureza durante a maternidade, afastando-a do sexo por este ter conotação de pecado. O homem também vivencia esse sentimento, reforçando esse tabu. Esse comportamento pode distanciar o casal da prática saudável da sexualidade durante a gestação (Santana, 2007).

Durante a gestação, ocorrem alterações anatômicas e fisiológicas nos órgãos sexuais femininos que podem mudar a resposta sexual, mas que não justificam a interrupção das relações sexuais. As modificações que ocorrem durante a gestação são: hipertrofia e congestão das mamas, que aumentam a sensibilidade à dor; maior vascularização dos órgãos pélvicos, ocasionando maior lubrificação vaginal na fase de excitação; edema e congestão da parede vaginal e aumento do volume uterino, que podem ocasionar desconforto durante a penetração do pênis; pequenas contrações uterinas na fase orgásmica, que são indolores e não prejudicam a evolução da gravidez (Santana, 2007).

A maioria dos estudos demonstra que a relação sexual durante a gestação não representa ameaça para a mulher grávida ou para o conceito, exceto no caso de haver alguma intercorrência obstétrica, como amniorrexe prematura¹⁵, trabalho de parto prematuro e síndromes hemorrágicas (Santana, 2007; São Paulo, 2010).

Porém, alguns casais interrompem a vida sexual durante a gravidez por recomendação médica, pois ainda hoje alguns médicos orientam

¹⁵ Rotura das membranas (âmnio e cório) antes do início do trabalho de parto.

abstinência sexual após o oitavo mês, levando o casal a ficar em torno de três meses sem atividade sexual (Vitiello, Vitiello, 1981).

Algumas vezes as relações sexuais são interrompidas devido o companheiro perder o interesse sexual pela esposa, pois as mudanças físicas próprias da gravidez podem deixar as mulheres menos atraentes. Durante essa fase, alguns homens procuram relacionamentos extraconjugais, levando geralmente à deterioração do relacionamento conjugal (Vitiello, Vitiello, 1981).

Em outros casos, a relação sexual é descontinuada pelo fato de alguns casais desconhecerem a anatomia do aparelho reprodutor feminino e imaginarem que o ato sexual pode prejudicar o bebê. Eles acreditam que, durante a penetração, o pênis terá contato com a cabeça do bebê, podendo machucá-lo. Estes casais devem ser orientados que entre a vagina (onde terá a penetração) e o útero (local onde está o bebê) existe uma estrutura chamada colo uterino. Esta estrutura se mantém fechada no decorrer da gestação e apenas durante o trabalho de parto ela se abre lentamente, permitindo o nascimento do bebê.



Figura 2. Aparelho reprodutor feminino: útero e vagina separados pelo colo uterino

Quando o casal tem um bom relacionamento afetivo, está informado sobre as alterações que ocorrem no organismo feminino durante a gestação e tem a chance de esclarecer suas dúvidas, fantasias e superstições, supera melhor as dificuldades que surgem nesse período e consegue adaptar-se à nova situação (Santana, 2007).

- **Saúde do bebê**

As preocupações em relação à saúde do bebê estão presentes na vida da maioria dos casais. A principal preocupação se refere à possibilidade de ter um bebê com malformações congênitas.

A prevalência de malformações congênitas é de 2 a 3% na população geral e podem ser divididas em três categorias: desconhecidas, genéticas ou ambientais. Em torno de 65 a 75% das malformações são de causa desconhecida, 15 a 25% são por problemas genéticos e 10% por fatores ambientais, como, por exemplo, alcoolismo, fumo, uso de drogas, medicamentos, desnutrição, doenças infecciosas e radiação. As malformações por fatores ambientais podem ser prevenidas com hábitos saudáveis, vacinação prévia, bom acompanhamento pré-natal e orientações do médico (Zugaib, 2012).

Algumas malformações não são passíveis de diagnóstico precoce, enquanto que outras podem ser diagnosticadas logo no primeiro trimestre. O melhor método diagnóstico de malformações fetais é a ultrassonografia que, quando realizada entre 20 e 24 semanas de gestação, tem sensibilidade de aproximadamente 85%. Portanto, este exame deve ser oferecido a todas as gestantes, permitindo o planejamento da melhor terapêutica nos casos de malformações com o bebê (Zugaib, 2012).

- **Audição fetal**

A audição tem papel extremamente importante e decisivo no desenvolvimento da linguagem falada. O desenvolvimento normal da linguagem se dá a partir da integridade anatomofisiológica do sistema auditivo e da experiência acústica durante a vida intrauterina e nos primeiros anos de vida, considerados como períodos críticos para o estabelecimento normal da audição e da linguagem (Matias, 1999).

O feto normal, a partir da vigésima semana de gestação, já demonstra reações aos estímulos sonoros, demonstrado por mudanças em sua frequência cardíaca e pela movimentação corporal (Northern, Downs, 1989). É importante que os pais estimulem os órgãos sensoriais da criança, especialmente a audição, durante o período pré e pós-natal, com o objetivo

de prevenir alterações auditivas e de linguagem, já que muitos problemas de linguagem e fala têm sido atribuídos pela forma que a criança foi estimulada, ou não, durante a sua vida intrauterina ou em seus primeiros anos de vida (Matias, 1999).

- **Movimentação fetal**

Em geral, a gestante começa a sentir a movimentação fetal por volta da 16^a a 18^a semana. No início, percebem a movimentação fetal como pequenos choques sob a parede abdominal que, progressivamente, vão se tornando mais frequentes e intensos, podendo ser comprovados colocando-se a mão sobre o abdome ou mesmo olhando para ele (Neme, 2000).

Nos últimos 15 dias de gestação, é comum o feto se movimentar menos vezes ao dia e apresentar movimentos menos intensos, porém a redução significativa da movimentação ou seu desaparecimento é um sinal que pode indicar comprometimento da vitalidade do conceito (Neme, 2000).

- **Sexo do bebê**

A ultrassonografia é um método diagnóstico não-invasivo e que não causa problemas para a saúde da mãe e do feto. Através desse exame, é possível identificar o sexo do bebê, bem como obter outras informações importantes, como: confirmar a gravidez intrauterina, estimar a idade gestacional, diagnosticar gestações múltiplas, avaliar o bem-estar fetal, detectar malformações, avaliar crescimento fetal, determinar a apresentação fetal, avaliar a quantidade de líquido amniótico e avaliar a placenta (Zugaib, 2012).

O embrião só poderá ser visualizado na ultrassonografia no final da 5^a semana. Nessa fase, ele mede cerca de 2 a 3 mm e já é possível verificar sua atividade cardíaca. Na 8^a semana, o comprimento do embrião é de 13 a 20 mm e os membros já podem ser visualizados como pequenos apêndices. Ao final da 16^a semana, o feto atinge 12 cm de comprimento, com peso de 110 g e o sexo já pode ser identificado através da genitália externa (Zugaib, 2012).

6.3.2 Parto

- **Trabalho de parto**

O trabalho de parto é caracterizado por contrações uterinas (pelo menos duas em 10 minutos) associadas à dilatação cervical (pelo menos 2 cm) e/ou esvaecimento cervical. As modificações do colo uterino abrangem dois fenômenos distintos: o esvaecimento e a dilatação propriamente dita. O esvaecimento é o afinamento do colo, enquanto que a dilatação é a ampliação do canal de parto (Zugaib, 2012).

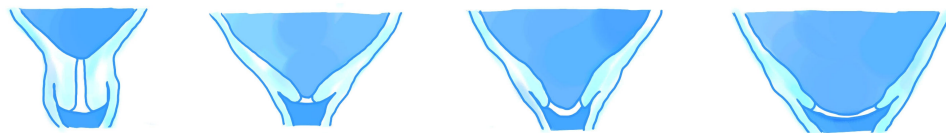


Figura 3. Dilatação e esvaecimento do colo uterino durante o trabalho de parto

O trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações dolorosas e com as primeiras modificações cervicais, terminando com a dilatação completa do colo uterino, ou seja, 10 cm, permitindo a passagem do feto (Zugaib, 2012).

O trabalho de parto é dividido em duas fases: latente e ativa. Durante a fase latente, a gestante apresenta contrações uterinas e pouca modificação na dilatação cervical. Nesta fase, a velocidade de dilatação é em torno de 0,35 cm/h e normalmente dura 8 horas, porém com variações conforme a paridade e mesmo entre gestantes de mesma paridade. Já a fase ativa do trabalho de parto inicia-se com dilatação cervical de 4 cm e dura em média 6 horas, nas primíparas, com velocidade de dilatação em torno de 1,2 cm/h, e 3 horas, nas multíparas, com velocidade de 1,5 cm/h (Zugaib, 2012).

As principais funções das contrações uterinas são a dilatação do colo e a expulsão do feto pelo canal de parto. Essas contrações em geral são

dolorosas, mas são importantes para que ocorra o nascimento do bebê – e são consideradas normais durante todo o trabalho de parto (Zugaib, 2012).

Durante o trabalho de parto, é importante que a mulher e seu acompanhante sejam orientados sobre o uso de medidas não farmacológicas para amenizar a dor e abreviar o trabalho de parto, pois, em geral, é um processo demorado e muito doloroso para a parturiente. Cabe aos profissionais da saúde ajudar a parturiente a passar por esta fase da melhor maneira possível, não deixando que esse momento especial se torne algo traumático para a mulher.

- **Momento de ir para a maternidade**

Cerca de duas semanas antes do parto ocorrem alterações no organismo da gestante que, em conjunto, caracterizam o período pré-parto. Entre as alterações presentes, encontramos: aumento da frequência e da intensidade das contrações indolores (contrações de Braxton-Hicks), sendo percebidas pela gestante como cólicas; queda do ventre, devido à descida da apresentação por distensão do segmento inferior; amadurecimento do colo uterino, que pode apresentar-se um pouco dilatado; e saída de muco pela vagina (Rocha de Schroeder). Diante dessa situação, muitas gestantes, principalmente as primigestas¹⁶, procuram assistência hospitalar, quando são orientadas que se trata de um falso trabalho de parto e que não necessitam ficar internadas, já que o verdadeiro trabalho de parto pode demorar alguns dias para se desencadear (Neme, 2000).

A gestante deverá procurar a maternidade para avaliação nos seguintes casos: presença de contrações (dor e endurecimento abdominal) ritmadas, perda de líquido vaginal, diminuição ou parada da movimentação fetal, sangramento vaginal, cefaleia importante, alterações visuais, epigastria (dor na região do estômago), febre ou quando o bebê ultrapassar a data prevista para nascer (Peixoto, Sancovski, 2004).

¹⁶ Termo utilizado para a mulher que está grávida pela primeira vez.

- **“Bolsa das águas”**

Durante a gestação, o bebê fica dentro do útero, envolto por uma “bolsa” formada por duas membranas finas, chamadas âmnio e cório. Dentro dessa “bolsa” encontra-se também o líquido amniótico, que apresenta várias funções, entre elas: permite a movimentação fetal, oferece proteção contra traumatismos, evita a compressão do cordão umbilical, mantém a temperatura dentro da “bolsa”, protege o feto contra infecções e auxilia no desenvolvimento normal dos sistemas respiratório, digestório, urinário e musculoesquelético do feto (Zugaib, 2012).

Durante o trabalho de parto, uma quantidade de líquido amniótico se dispõe antes da apresentação fetal, ficando represado pelas membranas íntegras, dando origem a “bolsa das águas”. Sua função é contribuir para a abertura do colo durante as contrações uterinas (Passini Júnior, 2000).

Nas gestações a termo, a rotura das membranas ocorre na maioria dos casos durante o trabalho de parto, mas também pode ocorrer até vários dias antes do início do mesmo (12 a 20%) (Brasil, 2001). Quando esta rotura ocorre, a gestante refere saída de um líquido, em geral claro, pela vagina e, neste caso, ela deverá ser levada ao hospital para uma avaliação.

A amniotomia (rotura artificial da bolsa) deverá ser evitada, sendo realizada apenas quando sua prática seja claramente benéfica, como nos casos de distócias funcionais, em que existe uma anormalidade das contrações que influencia na progressão da dilatação cervical, ou quando a dilatação cervical situar-se entre 6 e 8 cm, não causando malefícios ao feto e sendo benéfico à evolução do trabalho de parto (Zugaib, 2012).



Figura 4. “Bolsa” de líquido amniótico envolvendo o bebê dentro do útero

- **Tipos de parto**

Existem três tipos de parto: normal, fórcepe e cesárea.

O parto normal é caracterizado pela expulsão do feto através do canal vaginal. Após a dilatação total do colo uterino, a apresentação fetal desce, causando pressão sobre o reto e os músculos do assoalho pélvico. Neste momento, durante as contrações, o ânus se distende provocando sensação de evacuar na parturiente, que reage exercendo esforços involuntários (puxos). Além dos puxos, a parturiente contribui para a expulsão fetal com a contração dos músculos abdominais, do diafragma e com a oclusão da glote (Passini Júnior, 2000).

Neste tipo de parto, é comum a ocorrência de lacerações espontâneas na região perineal ou a prática da episiotomia, que é uma incisão realizada no períneo para ampliar o canal de parto. Algumas lacerações não necessitam de sutura, enquanto outras serão suturadas com fio absorvível de curta duração.



Figura 5. Parto normal

No parto fórcepe, o bebê também nasce através do canal vaginal, porém com ajuda de um instrumento chamado fórcepe. Esse instrumento é destinado a extrair fetos por preensão do pólo cefálico e, dessa forma, diminuir o tempo do segundo período do parto (período expulsivo). As principais indicações para o parto fórceps são: doença cardíaca materna, exaustão materna, falha de progressão, segundo período prolongado e sofrimento fetal (Zugaib, 2012).



Figura 6. Parto fórcepe

A cesárea é quando o nascimento se dá por meio de uma incisão cirúrgica abdominal (laparotomia) e uma incisão uterina (histerotomia). As principais indicações para uma cesárea de emergência são: sofrimento fetal, anormalidades no exame de cardiotocografia, síndromes hemorrágicas agudas, iminência de rotura uterina, cesárea *post-mortem*, prolapso de cordão umbilical e distocia funcional. Já nas cesáreas eletivas, temos indicações por causas feto-anexiais e por causas maternas. Entre as causas feto-anexiais, são indicações: algumas malformações fetais (gêmeos xifópagos, hidrocefalia, onfalocele, gastrosquise), apresentações anômalas (apresentação pélvica, córmica ou cefálica defletida de 2º grau), macrossomia fetal, gestações múltiplas, aloimunização feto-materna, placenta prévia centro total e acretismo placentário. Entre as causas maternas, encontramos as seguintes indicações: tumores prévios obstrutivos, doenças maternas (Síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia com condições cervicais desfavoráveis, cardiopatias, algumas doenças infecciosas), cicatriz uterina prévia, cesáreas prévias, cesárea clássica anterior e gestantes com correção de incontinência anal, urinária ou fístulas (Zugaib, 2012).

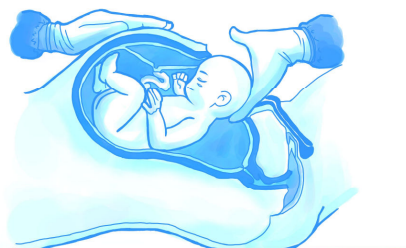


Figura 7. Parto cesárea

- **O momento do parto**

De acordo com a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, artigo 19-J, a parturiente tem o direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esta lei é válida em todo o território nacional para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada (Brasil, 2005).

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

O acompanhante pode ser o marido, o companheiro, um familiar ou mesmo uma amiga, pois não é necessário ter um preparo técnico. A função do acompanhante durante o trabalho de parto e parto é oferecer suporte

psíquico e emocional à parturiente, estimulando-a positivamente nos momentos mais difíceis (Brasil, 2001).

- **O pai como acompanhante no trabalho de parto**

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa uma medida de extrema importância para garantir que ela consiga exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A participação do pai neste processo favorece que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família (Brasil, 2001).

Existem evidências científicas que demonstram que o uso de técnicas não farmacológicas utilizadas durante o trabalho de parto apresenta efeitos benéficos, como menor necessidade de medicamentos para alívio da dor e analgesia, menor número de cesárea e maior satisfação da mulher com o parto. Dentre as medidas não farmacológicas utilizadas, destacam-se: exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, deambulação, posições verticais, banho de chuveiro ou imersão, massagens, compressas quentes ou frias, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia e aromaterapia (Brasil, 2001).

Durante o trabalho de parto, o pai poderá estimular a mulher a adotar posições verticais, deambular e realizar exercícios com a utilização de bolas suíças. Segundo MS, a deambulação e a adoção de outras posições, que não a deitada, podem ajudar no alívio da dor nesta fase e favorecer na dilatação do colo uterino (Brasil, 2001). A bola suíça também é muito utilizada nos centros de parto normal, com o objetivo de favorecer a descida do bebê e a boa progressão do parto, propiciando relaxamento da parturiente e alívio da dor (Silva et al., 2011).



Figura 8. Medidas não farmacológicas utilizadas no trabalho de parto: exercício com bola

Outras medidas que podem ser utilizadas com frequência são o banho de chuveiro e a massagem lombossacral (feita pelo acompanhante ou pelos profissionais da saúde). Estudos demonstram que estas medidas são eficientes para o alívio da dor durante o trabalho de parto (Davim, Torres, Dantas, 2009).



Figura 9. Medidas não farmacológicas utilizadas no trabalho de parto: massagem lombar

6.3.3 Pós-parto

- **Quarentena**

Popularmente, os termos quarentena, dieta ou resguardo significam o período de 40 dias após o parto no qual a mulher tem regras e normas que deveriam ser respeitadas e que, se quebradas, poderiam criar uma

predisposição a doenças no período puerperal ou ao longo da vida (Costa, 2001).

Na realidade, o período puerperal tem início após a saída da placenta e se estende por seis semanas, ou seja, aproximadamente 42 dias. Neste período, todos os órgãos maternos retornam ao estado pré-gravídico, exceto a mama, que atinge seu desenvolvimento completo durante o puerpério (Zugaib, 2012).

Após a saída da placenta, o útero fica com uma ferida, chamada de ferida placentária, pela qual é eliminada uma quantidade variável de sangue e outros componentes do processo de cicatrização. Durante esta fase, a mulher apresenta secreção vaginal, chamada loquiação, que vai mudando de cor e diminuindo de quantidade ao longo dos dias; nos primeiros dias apresenta coloração vermelha, depois se torna acastanhada, amarelada e posteriormente, esbranquiçada. A loquiação dura em torno de 4 semanas, podendo se estender até 6 a 8 semanas após o parto (Zugaib, 2012).



Figura 10. Saída da placenta após o parto, restando a ferida placentária

Alguns cuidados durante a fase puerperal são recomendados, entre eles: manter o períneo sempre seco; realizar a troca de absorventes com frequência; lavar com a água e sabão a região genital após micção e evacuação; em caso de parto cesárea, manter a incisão cirúrgica limpa e seca, lavá-la apenas com água e sabão e realizar a retirada dos pontos por volta do 7º dia; manter abstinência sexual por 30 dias; consumir todos os tipos de alimento e retornar ao serviço de saúde para consulta de puerpério (Mello, Neme, 2000).

- **Depressão**

Após o parto, muitas mulheres podem apresentar alterações de humor de curta ou longa duração. Tanto a depressão como a psicose pós-parto podem comprometer a função materna de cuidar do bebê ou até mesmo colocar em risco a vida do recém-nascido. O *blues puerperal* é uma forma leve e transitória de depressão, caracterizado por tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia e choro fácil. Cerca de 40 a 80% das puérperas podem desenvolver essas alterações, que em geral ocorrem por volta de dois ou três dias após o parto e desaparecem depois de duas semanas (Zugaib, 2012).

- **Sexualidade no pós-parto**

Muitos casais têm dúvidas sobre quando pode ser reiniciada a atividade sexual após o parto. As atividades não-coitais, como carícias, podem ser imediatamente recomeçadas assim que o casal desejar. A retomada da vida sexual vai depender da cicatrização cirúrgica e das condições do pós-parto. Se não houver intercorrências, o casal poderá retomar o sexo vaginal após quatro semanas; porém nada impede que o casal procure outras formas de prazer antes desse período (Santana, 2007).

No pós-parto, os níveis de estrógeno estão diminuídos, tornando a mucosa vaginal menos lubrificada. Esse ressecamento vaginal pode provocar sensação de dor e desconforto durante a relação sexual, o que pode ser interpretado pelo parceiro como falta de interesse sexual por parte da mulher. Esse problema pode ser amenizado com o uso de lubrificantes hidrossolúveis ou cremes tópicos à base de estrógeno (Santana, 2007).

- **Diminuição do interesse sexual**

No pós-parto imediato, o interesse sexual feminino em geral encontra-se diminuído. As mulheres, após o nascimento do filho, muitas vezes se sentem maternais e não sensuais, também podem sentir-se fadigadas, sobrecarregadas, irritadas e até mesmo magoadas com o companheiro. Já os homens podem sentir-se rejeitados, excluídos e com ciúmes do bebê (Santana, 2007).

No período puerperal, a mulher apresenta a silhueta corporal alterada, o que pode dificultar a retomada da atividade sexual, principalmente quando a mulher tem baixa autoestima ou quando a beleza física tem muita importância para o marido (Santana, 2007).

- **Licença-paternidade**

A licença-paternidade é um benefício que dá direito ao pai trabalhador de se ausentar por um período determinado do seu serviço, sem prejuízo de salário, após o nascimento do filho ou após a adoção.

A licença-paternidade é de cinco dias, conforme prevista na Constituição Federal Brasileira de 1988, e tem como objetivos: fortalecer o vínculo entre pai e filho, auxiliar a mãe de seu filho, que não precisa ser necessariamente sua esposa, no período pós-parto e para que o pai possa registrar seu filho (Brasil, 1990).

LEI Nº 8.112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO VI
DA SEGURIDADE SOCIAL DO SERVIDOR

Capítulo II
Dos Benefícios

Seção V
Da Licença à Gestante, à Adotante e da Licença-Paternidade

Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos.

Brasília, 11 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

6.3.4 Amamentação

- **Duração**

A OMS e o MS recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. Não há necessidade de introduzir outros alimentos ao bebê antes dos seis meses de idade, pois o leite materno é um alimento completo e ideal para o bebê; além disso, a introdução de outros alimentos pode causar prejuízos à saúde do bebê, como: diarreias, doenças respiratórias, desnutrição, entre outras doenças (Brasil, 2009).

- **Benefícios**

No leite materno existem inúmeros fatores que protegem o bebê contra infecções. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (Brasil, 2009).

A amamentação protege o bebê contra diarreia, otite e infecção respiratória; diminui o risco de alergias; reduz a chance de obesidade, hipertensão, colesterol alto e diabetes em longo prazo (Brasil, 2009).

Além de diminuir a morbidade e a mortalidade infantil, o aleitamento materno tem outras vantagens, que beneficiam não só o bebê, mas sim a mãe e toda a família.

Segundo o MS (2009), as outras vantagens do aleitamento materno são:

- ✓ É o melhor alimento para o bebê – contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento da criança até os seis meses de idade.
- ✓ Tem efeito positivo na inteligência – contribui para o desenvolvimento cognitivo.
- ✓ Melhor desenvolvimento da cavidade bucal – a sucção é importante para o desenvolvimento adequado da cavidade oral.

- ✓ Proteção contra câncer de mama – o aleitamento materno reduz a prevalência de câncer de mama.
- ✓ Evita nova gravidez – é um excelente método anticoncepcional nos seis primeiros meses após o parto, desde que a mulher amamente de forma exclusiva e ainda não tenha menstruado.
- ✓ Menores custos financeiros – diminui gastos com leite, mamadeira, água, gás.
- ✓ Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho – acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe; a criança sente-se mais segura e protegida e a mãe mais confiante e realizada.

- **Dificuldades de pega e sucção**

Apesar da sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. A técnica de amamentação é muito importante para que o bebê consiga retirar o leite da mama, sem machucar os mamilos da mãe. Uma posição inadequada da mãe ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando em “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando à diminuição na produção do leite. Além de dificultar o esvaziamento da mama, a má pega pode machucar os mamilos da mãe (Brasil, 2009).

Para que o bebê faça uma pega adequada, a mãe deve encostar o mamilo próximo à boca do bebê e deixar com que ele vire o rosto em direção ao mamilo (reflexo de busca); em seguida, deve deixar que o bebê abra bem a boca e abocanhe o mamilo e parte da aréola. Na pega adequada, o bebê abocanha quase toda a aréola, seu queixo fica encostado no seio da mãe e o lábio inferior fica virado para fora.

A OMS descreve alguns pontos que caracterizam o posicionamento adequado e a pega correta (Brasil, 2009).

Posicionamento adequado

- ✓ Rosto do bebê virado para a mama, com o nariz na altura do mamilo.
- ✓ Corpo do bebê próximo ao da mãe.
- ✓ Bebê com a cabeça e o tronco alinhados.
- ✓ Bebê bem apoiado.

Pega correta

- ✓ Mais aréola visível acima da boca do bebê.
- ✓ Boca bem aberta.
- ✓ Lábio inferior voltado para fora.
- ✓ Queixo tocando a mama.

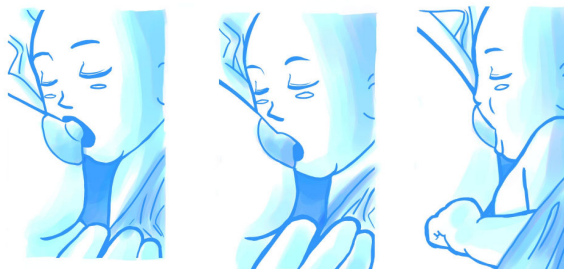


Figura 11. Passos para pega adequada do bebê durante a amamentação

Quando a pega e a sucção do bebê não estão adequadas, é possível observar alguns sinais, entre eles (Brasil, 2009):

- ✓ Bochechas do bebê encovadas (não arredondadas) a cada sucção.
- ✓ Ruídos da língua.
- ✓ Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada.
- ✓ Mamilos com estrias avermelhadas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama.
- ✓ Dor na amamentação.

O bebê também pode apresentar dificuldade de pega e sucção quando a mama estiver muito cheia, pois a aréola fica tensa e endurecida.

Caso isso ocorra, a mãe deve realizar massagem e ordenha manual. O leite ordenhado poderá ser desprezado ou oferecido para o bebê posteriormente. Caso a mãe deseje utilizar o leite ordenhado, recomenda-se que ela procure um profissional da saúde que possa fornecer todas as informações sobre higiene, armazenamento do leite e como oferecer ao bebê.

De acordo com o MS (2009), os passos da técnica de ordenha são:

- ✓ Lavar e secar as mãos.
- ✓ Procurar uma posição confortável.
- ✓ Colocar um pano limpo ou uma fralda embaixo das mamas.
- ✓ Massagear a mama delicadamente, com movimentos circulares, da base em direção à aréola.
- ✓ Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo, entre aréola e a mama, sustentando a mama com os outros dedos (a mama direita deve ser ordenhada com a mão direita e a mama esquerda com a mão esquerda).
- ✓ Pressionar suavemente o polegar contra o dedo indicador, e levemente para dentro, em direção à parede torácica.
- ✓ Pressionar e soltar, várias vezes, até que o leite comece a escoar.
- ✓ A ordenha deve ser realizada até a mama ficar mais macia e menos dolorida.

O companheiro também poderá ajudar a mulher durante a massagem e a ordenha manual, já que esse procedimento é demorado, cansativo e geralmente necessita ser realizado várias vezes ao dia.

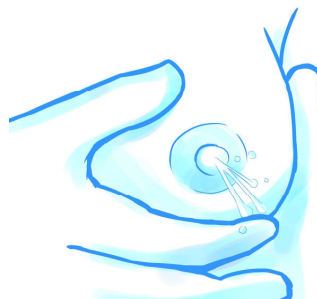


Figura 12. Técnica de ordenha manual

Mamilos planos ou invertidos também podem dificultar a pega correta e a sucção no início da amamentação, mas não impedem a mãe de amamentar seu filho, já que o bebê consegue fazer um “bico” com a aréola. É importante que a mulher receba ajuda logo no início do processo de amamentação e seja encorajada a não desistir. Ela pode necessitar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola ou mesmo para tentar novas posições para ver em qual ela e o bebê se adaptam melhor (Brasil, 2009).

Existem várias posições para amamentar, entre elas: tradicional, tradicional com o bebê apoiado sobre um travesseiro, invertida e de cavalinho.

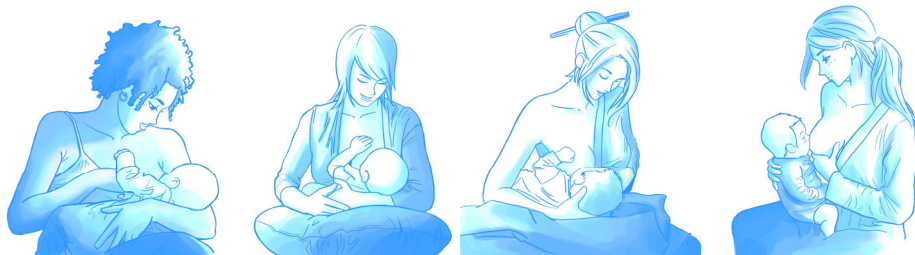


Figura 13. Posições para amamentação: tradicional, tradicional com o bebê apoiado sobre um travesseiro, invertida e de cavalinho

Outro aspecto que causa dúvida entre os pais é em relação à frequência e à duração das mamadas. Recomenda-se que a amamentação seja de livre demanda, ou seja, sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. Nos primeiros meses de vida, é normal que o bebê mame com frequência, em torno de 8 a 12 vezes ao dia, e isso pode ser interpretado pelos pais como um sinal de fome, pouco leite ou leite fraco, levando à introdução precoce e desnecessária de suplementos (Brasil, 2009).

O tempo de permanência na mama também não deve ser fixado, já que o tempo pode variar de bebê para bebê e também em um mesmo bebê, de acordo com a fome, intervalo da última mamada, volume de leite armazenado, entre outros fatores. O importante é que o bebê consiga

esvaziar toda a mama durante a mamada, assim ele estará ingerindo o leite do final da mamada (leite posterior), que é mais calórico, garantindo maior saciedade, maior intervalo entre as mamadas e ganho adequado de peso (Brasil, 2009).

- **Lesões mamilares**

É comum a mulher sentir dor discreta até moderada no início da mamada, devido a forte sucção que o bebê faz no mamilo e na aréola. Entretanto, sentir dor de forte intensidade além da primeira semana pós-parto ou apresentar traumas mamilares não é normal e requer intervenção.

Na maioria dos casos, os traumas mamilares são decorrentes de pega e posicionamento inadequados do bebê durante a amamentação. Existem outros fatores que também podem causar traumas, entre eles: mamilos planos, curtos ou invertidos, sucção não nutritiva prolongada, uso inadequado de bombas de extração de leite, uso de protetores de mamilos, uso de cremes e óleos nos mamilos, retirar o bebê do seio de forma incorreta, entre outros (Brasil, 2009).

O trauma mamilar é uma importante causa de desmame precoce, portanto, deve ser evitado, seguindo-se algumas recomendações (Brasil, 2009):

- ✓ Amamentar com técnica correta em relação ao posicionamento e à pega.
- ✓ Manter os mamilos sempre secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar.
- ✓ Trocar com frequência os forros utilizados, quando há vazamento de leite.
- ✓ Não utilizar produtos que retirem a proteção natural do mamilo, como álcool e sabões.
- ✓ Colocar o bebê no seio assim que ele demonstrar os primeiros sinais que quer sugar.
- ✓ Evitar ingurgitamento mamário; caso ocorra, a mulher deve realizar massagem e ordenha manual.

- ✓ Não utilizar protetores (intermediários) de mamilo.
- ✓ Se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo mínimo no canto da boca do bebê para diminuir a pressão e só depois tirar o mamilo da boca do bebê.

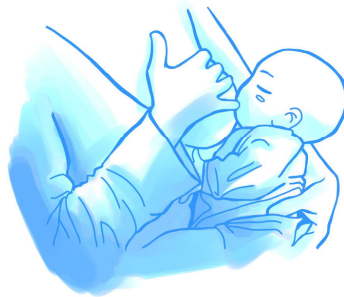


Figura 14. Técnica utilizada para interromper a mamada sem causar traumas mamilares

Caso ocorra o trauma mamilar, algumas medidas devem ser realizadas com o objetivo de minimizar a dor e o desconforto e favorecer a cicatrização mais rápida, evitando a entrada de bactérias pela lesão.

Algumas medidas para alívio da dor podem ser utilizadas, entre elas: iniciar a mamada pela mama menos afetada, ordenhar um pouco de leite antes de iniciar a mamada, para estimular o reflexo de ejeção de leite, utilizar diferentes posições para amamentar e analgésicos sistêmicos por via oral se a dor for intensa. Já para acelerar a cicatrização é recomendado o uso do próprio leite materno ordenhado nas fissuras (Brasil, 2009).

- **Diminuição na produção do leite**

Até o terceiro ou quarto dia após o parto, a descida do leite se dá por ação hormonal, ocorrendo mesmo que o bebê não esteja mamando. Após esse período, a produção do leite depende do esvaziamento da mama. Qualquer fator que cause esvaziamento incompleto das mamas poderá causar diminuição na produção do leite, como mamadas não frequentes ou curtas, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e chupetas, sucção ineficiente do bebê, entre outros (Brasil, 2009).

É possível aumentar a produção de leite seguindo algumas recomendações, entre elas (Brasil, 2009):

- ✓ Melhorar o posicionamento e a pega do bebê.
- ✓ Aumentar a frequência das mamadas.
- ✓ Oferecer as duas mamas em cada mamada.
- ✓ Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas.
- ✓ Trocar de mama caso o bebê esteja sonolento ou não esteja sugando de forma vigorosa.
- ✓ Evitar uso de mamadeiras, chupetas e protetores de mamilo (intermediários).
- ✓ Consumir dieta balanceada.
- ✓ Ingerir líquidos em quantidade suficiente.
- ✓ Repousar.

6.3.5 Cuidados com o bebê

- **Segurar o bebê**

Existem várias posições para segurar um bebê, porém no caso dos recém-nascidos, é fundamental que haja sustentação do pescoço, pois ainda eles não conseguem sustentá-lo. Nessa fase é possível carregar o recém-nascido deitado no colo, apoiando sua cabeça com o antebraço e as nádegas com a mão. O bebê também pode ficar no colo em posição de arrotar, desde que a cabeça e o pescoço estejam apoiados pela mão de quem o segura. Outra posição é segurar o bebê de barriga para baixo, passando a mão por baixo da barriga do bebê¹⁷.

¹⁷ Chris Flores. Como segurar o recém-nascido. www.chrisflores.net



Figura 15. Posições para segurar o bebê: deitado no colo, posição ereta e de barriga para baixo

Conforme o bebê cresce, sua capacidade de sustentação aumenta e as posições para segurá-lo podem variar mais. Eles passam a não querer mais ficar deitados no colo, gostam de ficar sentados no colo olhando tudo em sua volta.

As únicas posições que não são recomendadas para segurar os bebês, principalmente no caso dos recém-nascidos, são as que deixam a coluna e a região cervical desprotegidas.

- **Banho do bebê**

O banho do bebê deve ser realizado diariamente, de preferência nos períodos mais quentes do dia, entre 11 e 15 horas. Caso o banho seja realizado logo após o aleitamento, o bebê poderá regurgitar (Richetto, Souza, 2011).

Antes de iniciar o banho do bebê, alguns cuidados devem ser tomados, como: fechar portas e janelas para evitar correntes de ar; retirar relógio, anéis ou outros objetos que possam machucar a pele delicada do bebê e manter sempre as unhas aparadas.

Separe todos os materiais que serão utilizados, para que o bebê não fique exposto por muito tempo, evitando hipotermia (diminuição da temperatura corpórea). Os materiais necessários são: banheira, trocador ou lençol, toalha, fralda de pano, sabonete neutro, cotonete, algodão, escova macia ou pente, fralda e uma troca de roupa limpa.

De acordo com Richetto e Souza (2011), os seguintes passos deverão ser seguidos:

- ✓ Lavar as mãos.
- ✓ Colocar água morna na banheira e testar a temperatura com a parte interna do antebraço (punho), ela deverá estar agradável. Também pode ser utilizado termômetro próprio para a verificação da temperatura, que deverá estar entre 30 a 37,8° C.
- ✓ Retirar toda a roupa do bebê, mantendo apenas a fralda, e envolvê-lo com uma fralda de pano seca, para reduzir a perda de calor.



Figura 16. Retirar toda a roupa do bebê, exceto a fralda, e envolvê-lo em um pano seco

- ✓ Apoiar o corpo do bebê sob a região axilar, segurando a cabeça com uma das mãos (mão não dominante), deixando a outra livre para realizar o banho (mão dominante).

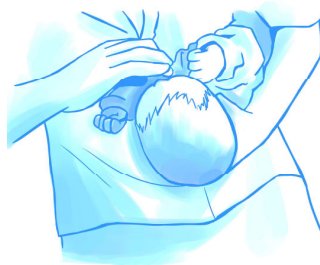


Figura 17. Apoiar o bebê sob a região axilar, segurando a cabeça com uma das mãos

- ✓ Iniciar pela higiene do rosto, limpando os olhos com algodão umedecido apenas com água, limpar sempre do canto externo para o canto interno, evitando que a secreção se espalhe no olho do bebê.



Figura 18. Limpar os olhos do bebê do canto externo para o canto interno

- ✓ Ocluir a orelha do bebê com o dedo polegar e anelar, evitando a entrada de água.
- ✓ Lavar a cabeça do bebê com sabonete neutro ou xampu para bebê, massageando o couro cabeludo delicadamente.



Figura 19. Lavar os cabelos do bebê mantendo as orelhas ocluídas

- ✓ Apoiar o bebê sobre o trocador e secar o rosto e a cabeça com toalha macia.
- ✓ Retirar a fralda, limpar o períneo com algodão umedecido em água no sentido anteroposterior, antes de colocar o bebê na banheira.
- ✓ Colocar o bebê na banheira, lentamente, para que ele possa se acostumar com a temperatura da água.

- ✓ Apoiar a cabeça do bebê em seu antebraço e segurar com firmeza o braço do bebê, para que ele não escorregue.

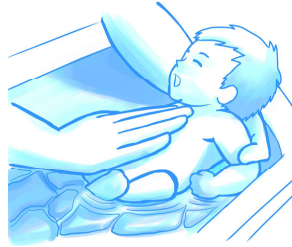


Figura 20. Colocar o bebê na banheira apoiado em seu antebraço

- ✓ Colocar sabonete na outra mão, ensaboar e enxaguar o bebê, evitando que ele coloque as mãos com sabão na boca.
- ✓ Virar a criança, apoiar o tórax do bebê em seu antebraço e segurar novamente o braço do bebê.



Figura 21. Virar o bebê na banheira apoiado em seu antebraço

- ✓ Ensaboar e enxaguar.
- ✓ Retirar o bebê da banheira e colocá-lo sobre a toalha, secá-lo delicadamente, principalmente nas regiões de dobras.
- ✓ Retirar a toalha úmida e apoiá-lo sobre o trocador ou o lençol.
- ✓ Vestir o tórax, colocar a fralda e o restante das roupas, deixando a fralda entreaberta para realizar a limpeza do coto umbilical.
- ✓ Por último, limpar nariz e orelhas com hastes flexíveis (cotonete) e pentear os cabelos do bebê.

- **Troca de fraldas**

A troca de fralda deve ser realizada após a micção ou a evacuação do bebê, porém, fraldas descartáveis com gel suportam várias micções.

Seguindo os passos sugeridos por Richetto e Souza (2011), a troca de fralda deve ser realizada da seguinte forma:

- ✓ Abrir a fralda suja, retirando o excesso de fezes com as próprias bordas da fralda.

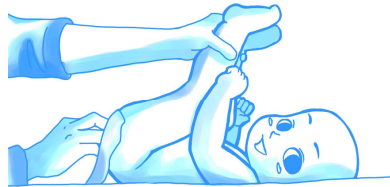


Figura 22. Retirar o excesso de fezes com a borda limpa da fralda

- ✓ Limpar a região glútea e genital com algodão ou gaze umedecido em água morna ou com lenço umedecido (quando estiver fora de casa).
 - Nos meninos, limpar no sentido anteroposterior (de cima para baixo), retraindo o prepúcio de forma delicada, sem forçar, limpar a glândula e retornar o prepúcio.
 - Nas meninas, afastar os grandes lábios e realizar a limpeza no sentido anteroposterior (de cima para baixo), limpar do meato uretral em direção ao ânus, trocando o algodão várias vezes para evitar infecções.

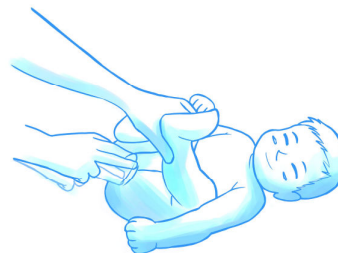


Figura 23. Realizar a higiene da região glútea e genital sempre no sentido anteroposterior

- ✓ Secar e aplicar pomada para prevenção de assaduras (se recomendado).
- ✓ Colocar a fralda limpa, fechar, deixando dois dedos de folga. O coto umbilical deve ficar para fora da fralda para arejar e secar mais rápido.



Figura 24. Manter o coto umbilical fora da fralda

- **Coto umbilical**

Após o parto, o cordão umbilical é clampeado e cortado, restando no bebê apenas um pedaço, que chamamos de coto umbilical. A outra parte do cordão sai após o parto juntamente com a placenta.

Nos primeiros dias de vida do bebê, o coto umbilical tem aspecto amolecido e gelatinoso. No decorrer dos dias o coto umbilical vai mumificando, tornando-se escurecido e seco até sua queda, que ocorre geralmente entre 7 a 10 dias, podendo se estender por mais alguns dias, não causando problemas para o bebê (Ricci, 2008).

O coto umbilical deve ser limpo a cada troca de fralda e após o banho, com hastes flexíveis ou algodão, umedecido em álcool a 70%. Deve-se realizar movimentos circulares em um único sentido, trocando a haste ou o algodão após cada movimento. Após a queda do coto, a cicatriz umbilical deverá ser limpa até que esteja totalmente cicatrizada.

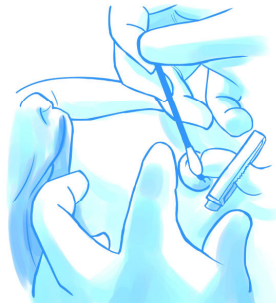


Figura 25. Limpeza do coto umbilical com hastes flexíveis e álcool a 70%

A higiene do coto não machuca e nem causa dor ao bebê. Em geral, o bebê chora pela temperatura fria do álcool.

Durante a higienização, observar se há presença de secreção purulenta, odor fétido ou hiperemia (vermelhidão) ao redor do coto umbilical, pois isso pode indicar infecção. Caso sejam observadas essas alterações, o bebê deverá ser examinado por um profissional de saúde.

- **Choro do bebê**

O choro é o único recurso que o bebê tem para demonstrar desconforto ou necessidade de atenção. Um bebê que chora pode estar desconfortável devido a uma fralda molhada, fome, dor abdominal, calor ou frio, por necessidade de mudar de posição ou apenas querendo ser levado ao colo. Em geral, a fome é a causa mais comum de choro no bebê. O bebê pode acalmar-se sozinho, sugando os dedos ou o punho, ou mesmo realizando movimentos de sucção com a boca, ou necessitar da ajuda de outras pessoas. Alguns bebês necessitam de muito mais auxílio que outros para se acalmarem e alguns necessitam de métodos diferentes em ocasiões diferentes (Ziegel, Cranley, 1985).

Com o tempo de convivência com o bebê, os pais aprendem a identificar o choro do bebê e as maneiras para acalmá-lo.

- **Regurgitação**

A regurgitação, ou retorno do alimento à boca, durante a alimentação ou logo após, é muito comum no recém-nascido, devido à imaturidade do tubo digestivo no bebê.

Seu estômago tem uma capacidade pequena, que varia de 30 a 90 ml, com um tempo de esvaziamento variável entre 2 a 4 horas. O controle da cárdia e o controle nervoso do estômago são imaturos, levando a uma atividade peristáltica incoordenada e regurgitamento frequente (Ricci, 2008).

A regurgitação pode ser reduzida fazendo o bebê eructar durante e após as alimentações, evitando alimentá-lo de maneira excessiva, manipulando-o gentilmente após as alimentações e posicionando-o de forma adequada, ou seja, colocando-o deitado do lado direito com a cabeceira do colchão elevada por um curto período de tempo, pois nesta posição o alimento não retorna com facilidade (Ziegel, Cranley, 1985).

O pai poderá utilizar algumas estratégias para ajudar o bebê a eliminar o ar deglutido durante a amamentação (Ricci, 2008):

- ✓ Segurar o recém-nascido na posição ereta com a cabeça apoiada em seu ombro, enquanto massageia suas costas.
- ✓ Ou sentar o recém-nascido em seu colo, apoiando sua cabeça e seu tórax, e esfregar delicadamente suas costas com a outra mão.



Figura 26. Técnica utilizada para ajudar o bebê a eliminar o ar deglutido durante a amamentação

- **Engasgo do bebê**

O engasgo ocorre quando um corpo estranho (líquido ou sólido) entra na traqueia, causando interrupção total ou parcial do ar respirado. Nos bebês, o engasgo ocorre principalmente por líquidos. Os sinais que indicam que o bebê está engasgado são: dificuldade súbita para respirar, tosse,

ruído na inspiração, chiado e lábios cianóticos¹⁸ (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2008).

Caso o bebê engasgue, porém consiga tossir, não se deve mexer nele (virar, assoprar ou bater nas costas), apenas retire com a mão objetos ou secreções visíveis. Nesse caso, a tosse é a melhor maneira de expelir o que está causando a obstrução (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2008).

No entanto, se houver obstrução completa, impedindo a passagem do ar pelas vias aéreas superiores, o bebê não emitirá qualquer som vocal e ficará com os lábios e a pele cianóticos. Neste caso, apoie o bebê de barriga para baixo, em seu braço ou perna, com a cabeça mais abaixo que o corpo e aplique 5 batidas com a mão nas costas do bebê. Depois vire-o de barriga para cima, mantendo a cabeça mais abaixo que o corpo e aplique 5 compressões no peito. Repita o procedimento até o bebê expelir o objeto ou desmaiar. No caso de desmaio, é necessário chamar imediatamente socorro (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2008).

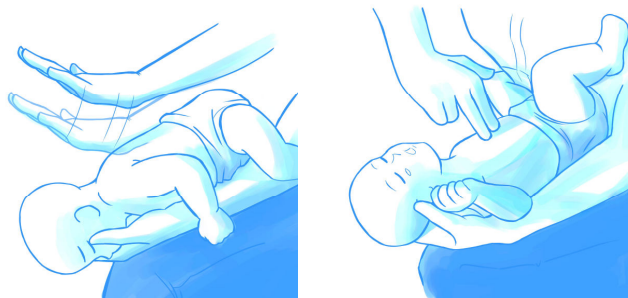


Figura 27. Procedimento para desengasgo do bebê

- **Sono do bebê**

O recém-nascido dorme de 16 a 20 horas por dia, nas duas primeiras semanas de vida; dorme, em média, 4 horas, acorda e depois volta a dormir. Conforme o bebê vai crescendo, ele passa a dormir menos horas por dia e a dormir por períodos maiores à noite (Ziegel, Cranley, 1985).

¹⁸ Coloração azul-arroxeadada da pele ou das mucosas.

A posição do bebê para dormir deve ser em decúbito lateral nos primeiros dias de vida, depois desse período, a Academia Americana de Pediatria recomenda o decúbito dorsal para os bebês saudáveis (Keefer, 2005).

É importante que, quando o bebê estiver acordado, ele passe alguns períodos de tempo em decúbito ventral, ou seja, de barriga para baixo. Isso ajuda a diminuir deformidades craniofaciais; além disso, a posição de braços no bebê acordado permite que ele use os músculos do pescoço e dos ombros (Keefer, 2005).

Neste capítulo, são ressaltados os principais resultados do estudo, que são discutidos com base em literatura atualizada e relevante.

Antes de iniciar a discussão dos resultados desta pesquisa, importa salientar e refletir a respeito da mudança na sua estratégia de desenvolvimento, que foi necessária diante da não adesão dos pais à proposta original, que se caracterizava pelo desenvolvimento da pesquisa-ação, com a finalidade de explorar questões relacionadas à experiência da paternidade, levantar as principais demandas dos homens e desenvolver estratégias para contemplar os requisitos mediante discussão, educação e promoção da saúde.

Diante da não adesão dos pais, decidiu-se pela história oral temática como recurso de obtenção dos dados relativos à experiência vivida pelos homens e suas principais demandas por suporte profissional.

A questão da dificuldade, da ausência ou da invisibilidade masculina na atenção básica já foi explorada por pesquisadores, em razão de sua relevância. O sistema de saúde, cujos profissionais são majoritariamente do sexo feminino, opera segundo uma estrutura pré-estabelecida. Nele, os serviços destinados aos homens são construídos a partir de um não lugar, ou seja, os homens, de um modo geral, não são usuários dos serviços de atenção básica. Faltam investimentos de ambas as partes, ou seja, dos profissionais e dos próprios homens, cujo produto é a quase inviabilização da presença dos homens nestes serviços. No caso da assistência pré-natal, que focaliza a promoção e a educação para a saúde, a escassa participação dos pais ainda é mais marcante. Estes fenômenos ocorrem pelo fato de os serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde serem destinados primordialmente às mulheres e às crianças. Soma-se a isso o imaginário presente entre os profissionais, de que os usuários dos serviços são vistos pela lente da doença que os acomete e não pelas especificidades de gênero.

A superação desse lugar comum é de extrema importância, para que as questões do campo simbólico sejam problematizadas e os temas do universo masculino sejam contemplados. Mediante esta superação, os serviços podem se tornar também um espaço para os homens, numa perspectiva relacional de gênero. Desse modo, a invisibilidade, sobretudo a ausência dos homens nos programas de saúde de atenção básica, poderá ser superada e revertida. O emergir de homens mais voltados aos cuidados de si mesmos e, conseqüentemente, dos outros pode ser favorecido (Gomes et al., 2011).

Na análise da problemática da pouca presença e aderência dos homens nos serviços públicos de saúde, há que se considerar a existência de valores profundamente arraigados culturalmente, que tendem a reforçar um modelo de masculinidade idealizado, cujas principais características são a fortaleza, a virilidade, a objetividade e o distanciamento emocional. Trata-se de um padrão de masculinidade que nega fraqueza e vulnerabilidade e reprime a expressão das necessidades de saúde. Conseqüentemente, o autocuidado na esfera da saúde não se desenvolve como deveria. A preservação e a conseqüente continuidade deste padrão reforçam a sua dimensão simbólica, que é partilhada socialmente pelas instituições (Courtenay, 2000; Gomes et al., 2011).

Nos discursos dos profissionais, a ausência dos homens nos serviços de atenção básica é justificada pelas obrigações relativas ao trabalho. Soma-se o fato das próprias unidades de saúde não disporem de horário mais amplo e flexível, como o terceiro turno e o atendimento nos fins de semana. Associa-se a existência de uma cultura social que desvaloriza a ausência masculina no mundo do trabalho, quando os motivos são os cuidados preventivos em saúde ou até mesmo o tratamento de doenças. Os profissionais consideram que os homens evitam assumir que buscam serviços de atenção básica em saúde pelo fato de recearem o desvelamento de suas fragilidades diante de seus pares (Gomes et al., 2011).

Neste estudo, alguns pais participaram das consultas de pré-natal e chegaram a receber orientações dos profissionais. Outros, entretanto, mesmo que tenham desejado, não conseguiram acompanhar as gestantes

nas consultas de pré-natal e tampouco participar deste processo, devido aos impedimentos impostos pelo trabalho. Semelhante situação foi referida em outros estudos, nos quais se constatou que, mesmo os pais que tentam participar da assistência pré-natal, não o conseguem, em consequência dos horários de atendimento da maioria dos serviços públicos, que coincidem com seu horário de trabalho (Cavalcante, 2007). O desconhecimento do direito da participação do pai na consulta de pré-natal e a falta de incentivo pelos profissionais são outros motivos que influenciam a não participação nas consultas de pré-natal. Desse modo, os homens não têm condições de expor os seus anseios e sanar suas dúvidas (Oliveira et al., 2009).

Os principais conteúdos das categorias descritivas a respeito das vivências do processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e primeiros cuidados com o filho recém-nascido revelaram que as experiências e as demandas por orientação foram muito similares entre a maioria dos pais. A busca por conhecimentos para atender as próprias demandas foi mediante questionamentos feitos aos profissionais, aos parentes e aos amigos que já tinham vivenciado experiências semelhantes, além da exploração dos recursos disponibilizados pela mídia. Alguns pais que não tiveram a oportunidade de recorrer aos profissionais tentaram acessar conhecimentos por meio dos recursos de mídia eletrônica. Este fato reitera a importância da disponibilização de materiais educativos com conteúdos fidedignos e de fácil compreensão para o grande público.

A primeira categoria descritiva revelou que os sentimentos dos pais em relação à notícia da gravidez variaram segundo a existência ou não de seu planejamento. Existia entre eles um ideal em termos de sequência dos acontecimentos na trajetória de tornar-se pai. Desejavam primeiramente alcançar a estabilidade financeira, considerada por eles como sendo crucial para as etapas seguintes, ou seja, o casamento, a gravidez e o nascimento do filho. A existência deste ideal fez com que os pais tivessem vivenciado diferentes experiências, que variaram de acordo com a ocorrência ou não do planejamento da gravidez.

Sentimentos de alegria e felicidade, um verdadeiro orgulho de ter se tornado pai, foram relatados por aqueles que conseguiram concretizar um

sonho que vinha sendo acalentado há tempos: o de tornar-se pai. Tal como já constatado por outro pesquisador (Freitas et al., 2009), os homens deste estudo que não tinham planejado a paternidade viveram momentos difíceis, permeados pela preocupação em relação às consequências da gravidez, sobretudo a insuficiência ou a inexistência dos recursos financeiros para suprir as necessidades materiais da família.

Verifica-se, entretanto, que o valor atribuído à paternidade varia segundo a cultura. Um estudo realizado na Tanzânia (Mbekenga et al., 2011), em cuja cultura a paternidade é concebida como um importante aspecto da masculinidade e do papel de gênero construídos e reconstruídos nas interações sociais (Ouzgane, Morrell, 2005), a notícia da paternidade é recebida com grande satisfação e orgulho. Para estes homens, a paternidade representa uma nova razão para viver e traz consigo um sentido de fortaleza, ou seja, é como se o homem tivesse alguém sob sua posse. Os homens desta cultura acreditam também que os filhos os respeitariam enquanto homens e ajudariam a reforçar o sinal de maturidade, além de propiciar a sensação de completude.

Mas a vinculação da paternidade ao aumento da responsabilidade aparenta ser ainda a tônica desta experiência. O estudo feito por Bornholdt, Wagner e Staudt (2007) confirma esta assertiva. Constata-se também que a vinculação da paternidade com a provisão material da família é mais forte do que em relação ao envolvimento afetivo com o filho. Quase sempre, a vivência da paternidade é restrita à provisão material, fato que reforça o padrão tradicional do papel de pai enquanto provedor.

Estima-se que o desempenho deste papel tradicional de pai restrito à provisão financeira da família está em pleno processo de mudança. Estudo concluído recentemente revelou que os pais estão experimentando um processo de transição em que a figura do pai provedor convive com a dimensão afetiva da paternidade (Freitas et al., 2009). Conclui-se que o significado e o exercício concreto da paternidade se encontram em um campo de responsabilidades que reproduzem predominantemente a figura do pai tradicional. Mas está se anunciando também um papel de pai que inclui a dimensão afetiva, denominada como o “novo pai”. Neste cenário, o

pai tradicional está incorporando efetivamente o seu papel de pai apenas a partir do nascimento do filho, permanecendo, ainda, distante e apático em relação à gestação. Estes não se sentem, por enquanto, partícipes ativos do processo gestacional. O “novo pai”, por sua vez, está vivenciando a paternidade em um sentido ampliado e iniciando, desde a fase da gravidez, a construção de vínculos afetivos que se reforçam com o nascimento do filho (Freitas, Coelho, Silva, 2007).

Este processo de mudança vincula-se a outras transformações que estão ocorrendo na sociedade. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam a ocorrência de aumento progressivo de mulheres que assumem o papel de principais provedoras da família. A proporção de mulheres que eram arrimo de família em 1991 foi de 18%. Esta proporção aumentou para 25% em 2000 e subiu novamente para 39% em 2010. Entre os anos de 2001 e 2009, a proporção de famílias brasileiras chefiadas por mulheres apresentou aumento aproximado de 35%. As principais causas deste aumento são atribuídas a fatores como o aumento da escolaridade das mulheres, melhor expectativa de vida, separações e os aspectos culturais. Ou seja, as mulheres ficam viúvas ou se separam e passam a assumir responsabilidades relativas ao provento financeiro familiar. Quanto ao aspecto cultural, a principal razão é atribuída ao desejo da autonomia e da realização profissional e, para tanto, preferem morar sozinhas (Brasil, 2010).

Estima-se que a ideia do homem como único provedor está perdendo força atualmente. As mulheres passaram a assumir importância econômica e social na contemporaneidade e isto contribui para a reversão da realidade relativa ao papel social secundário, que foi desempenhado pelas mulheres por décadas (Brasil, 2010).

Sentimentos de ambivalência, ou seja, a mescla da alegria com a preocupação, foram vivenciados pelos pais. A ambivalência foi vivenciada independentemente do planejamento ou não da gravidez. Sentimentos de alegria emergiram em razão da realização de um sonho – o tornar-se pai. Simultaneamente, foi vivenciada a sensação de desespero, motivada pela preocupação em relação ao desempenho adequado do papel paterno e às

obrigações inerentes a ele. A paternidade implica em mudanças nos papéis familiares e sociais ou na passagem do papel de filho para o de pai.

As preocupações relativas à incorporação do papel paterno estão intimamente vinculadas à provisão financeira da família. Elas estão associadas ao machismo, cujos valores estão presentes em muitas culturas. O machismo é um conceito intimamente ligado ao trabalho e às responsabilidades com a provisão financeira da família (Redondo-Churchward, 1998).

Os discursos sobre os impactos provocados pela responsabilidade de prover a família estão descritos na literatura. Em geral, os homens consideram necessário se estabelecer financeiramente para depois constituir uma família. As expectativas dos pais incluem a capacidade de proporcionar subsídio financeiro adequado aos filhos, mediante oferecimento das melhores oportunidades. Tornar-se pai em um momento em que os objetivos educacionais e de carreira ainda não foram alcançados gera grande ansiedade, prejudica o curso de vida e afeta os ideais em termos da construção do papel paterno. O mercado e a mídia colaboram na pressão exercida sobre os pais quanto à responsabilidade masculina no bem-estar e no apoio à criança (Schulte, Sonenstein, 1995).

A existência de uma trajetória idealizada em termos do processo de tornar-se pai, presente no imaginário social de muitas culturas, faz com que os pais que conseguem delineá-la se sintam felizes em relação à paternidade, quando esta se dá após a conquista da maturidade pessoal e financeira. Os pais que se desviaram desta trajetória idealizada, vivenciam o arrependimento, sobretudo pelo fato de perder a chance de viver, tão plenamente quanto desejam, o momento da vida em que a responsabilidade paterna ainda não está incorporada. O arrependimento se aprofunda também pela necessidade de remodelar as pretensões para o futuro pessoal, familiar e profissional (Hoga, Reberte, 2009).

Outra experiência relatada pelos pais foi o enfrentamento de dificuldades para compreender as mudanças apresentadas por suas mulheres durante a gravidez e após o parto. Desconheciam as mudanças físicas e emocionais apresentadas por elas, sobretudo a sonolência

excessiva, o cansaço físico, a lentidão, a fraqueza, os desmaios, enjoos e vômitos, o aumento do apetite e do peso, o surgimento de dores no corpo, o inchaço corporal e a dificuldade para dormir. Eles se sentiram perdidos e impotentes diante destes fenômenos da gravidez – que constatavam ou eram referidos por suas esposas.

Estudo focalizado neste assunto indicou que as principais dúvidas dos homens em relação à gestação, ao parto e ao pós-parto são relativas à alimentação, à atividade física, às relações sexuais na gravidez, ao momento adequado de ir para a maternidade, à identificação dos sinais de trabalho de parto, à anestesia e ao choro dos bebês. Portanto, a participação dos pais em grupos de educação e promoção da saúde do pré-natal é de grande valia. A maioria (85,48%) dos pais que tiveram a oportunidade de participar de grupos desta natureza pôde ter suas dúvidas esclarecidas e demonstrou grande satisfação com aprendizado obtido, pois eles puderam dar suporte mais adequado às gestantes (Santos, Zellerkraut, Oliveira, 2008).

A participação dos futuros pais nos grupos de educação e promoção da saúde no pré-natal permite melhor compreensão da mulher grávida e o consequente compartilhamento mais intenso das experiências próprias do período, além de promover a qualidade do suporte oferecido às parceiras. Este aprendizado contribui para preservar a tranquilidade em relação às mudanças físicas e emocionais próprias da gestação, enquanto o consequente envolvimento em relação à gravidez se torna mais intenso (Reberte, Hoga, 2010). Sugere-se que a incorporação de técnicas corporais no desenvolvimento destes grupos de atenção pré-natal. O emprego destas técnicas intensifica o envolvimento mútuo dos casais, ao mesmo tempo em que proporciona mais integração entre os demais participantes do grupo (Hoga, Reberte, 2006).

Os pais deste estudo revelaram que o momento do parto gera muitas dúvidas e ansiedades. Estudiosos deste assunto constatam que os principais motivos da ansiedade que emerge nos pais neste momento são a demora da progressão do parto e a sensação dolorosa expressa pelas parturientes. Até mesmo os pais que participam das consultas de pré-natal

têm dúvidas a respeito do processo de parto. Esta situação deriva do fato de os pais serem tratados como se fossem convidados – e não como pessoas que, tal como as gestantes, esperam o nascimento do filho e possuem temores e dúvidas, cuja existência é inerente ao processo (Santo, Bonilha, 2000). Este dado indica a necessidade e a importância de se preparar adequadamente os pais para que tenham condições de exercer plenamente o papel de acompanhantes no parto, desenvolvendo as atividades que lhe cabem neste momento importante da vida familiar.

As mudanças repentinas de comportamento apresentadas pelas gestantes, como a irritação, o nervosismo e o aumento na emotividade e na sensibilidade, causaram dificuldades para os pais. Diante destas situações, eles tentavam compreender o significado dessas alterações e lidar melhor com suas esposas. Agiam de forma a tentar preservar a calma e demonstrar tolerância e paciência em relação às suas esposas.

Outra preocupação revelada pelos pais foi pela possibilidade de ter um filho com algum problema de saúde. A existência desta preocupação entre os pais é relatada na literatura. Trata-se de um sentimento que é frequentemente vivenciado pelos pais – e suas principais preocupações se referem à ocorrência de malformações genéticas e prematuridade (Piccinini et al., 2004). Cerca de um por cento dos fetos apresenta algum tipo de malformação. Mas os futuros pais devem saber que os avanços tecnológicos permitem diagnosticar precocemente a ocorrência destas anomalias e que muitas delas podem ser corrigidas no ambiente intrauterino. A cirurgia fetal aberta e os procedimentos que são minimamente invasivos mediante utilização da fetoscopia já estão sendo utilizados de forma experimental. Estes recursos terapêuticos ainda precisam ser aperfeiçoados e validados, porém, o diagnóstico ecográfico correto e o encaminhamento da paciente para os centros de referência em medicina fetal são fundamentais para aumentar a sobrevivência de bebês portadores de malformações de evolução fatal (Sbragia, 2010).

As técnicas disponíveis para o diagnóstico pré-natal de anomalias fetais incluem a ultrassonografia, as análises do sangue materno, o rastreamento bioquímico e biofísico (translucência nugal), a punção de

vilosidades coriônicas, a punção amniótica, a cordocentese, a fetoscopia e o diagnóstico pré-implantação embrionária (Pinto Júnior, 2002). São recursos diagnósticos que devem ser difundidos e levados ao conhecimento dos futuros pais, para que estes possam ter a ansiedade diminuída.

A proximidade do parto também foi fonte de preocupações para os futuros pais, sobretudo aqueles cujos filhos não nasceram na data prevista. O principal receio destes pais consistia nos prejuízos sobre a condição de saúde do filho, que poderia ser provocada pelo retardo do nascimento. A falta de conhecimento em relação ao trabalho de parto e ao momento de levar a esposa para o hospital também foi fonte de preocupação. Os pais procuraram informações sobre estes assuntos e ficaram atentos a queixas de suas esposas, para que pudessem agir de forma correta e no momento certo. Os pais consideraram o parto como um momento crítico, quando intercorrências poderiam surgir e prejudicar a saúde da mãe e do filho. Mesmo preocupados com esta situação, eles tentaram demonstrar tranquilidade e segurança para suas esposas neste momento.

A internação da gestante no momento adequado de seu trabalho de parto representa um aspecto extremamente importante da assistência ao parto. A internação precoce pode acarretar a exaustão materna e os consequentes riscos para os desfechos materno-neonatais. Trata-se de problemática que ocorre devido ao aumento das intervenções obstétricas que, por sua vez, podem desencadear outros eventos, cujo produto culmina na distócia iatrogênica, que contribui para a elevação da morbidade e da mortalidade materna e neonatal. A avaliação quanto ao momento de internação será adequada quando levar em consideração o conjunto de fatores que interferem na situação (Lobo et al., 2010).

O MS não faz indicações sobre o momento ideal para internar a gestante em trabalho de parto. Sob o ponto de vista obstétrico, é desejável que a internação da parturiente ocorra na fase ativa do trabalho de parto (Brasil, 2001).

É importante considerar, tal como expresso pelos participantes deste estudo, a perspectiva dos pais assim como a dos acompanhantes de escolha das gestantes. Sobretudo o contexto social e familiar em que a

parturiente está inserida deve ser levado em conta (Bezerra, Cardoso, 2005). Todos os fatores que interferem na decisão de ir para a maternidade no momento do parto devem ser explorados e conhecidos, de forma sistemática, pelos profissionais que atuam no âmbito da assistência pré-natal e parto. Este conhecimento é fundamental para atender as demandas que possam existir, por parte das parturientes, dos seus acompanhantes de escolha e das demais pessoas envolvidas. O atendimento destas demandas pode evitar advenços negativos decorrentes da internação precoce ou tardia.

Alguns pais disseram que foram impedidos de acompanhar o trabalho de parto de suas esposas e de assistir o nascimento do filho. Eles ficaram chateados por não terem sido esclarecidos sobre a lei do acompanhante. Caso soubessem, teriam tido a condição de exigir o cumprimento desse direito e acompanhado a esposa em trabalho de parto e o nascimento do filho. Outros pais, que puderam acompanhar o trabalho de parto de suas esposas, se sentiram confusos e não souberam o que fazer para ajudar. Diante desta situação, agiram de maneira intuitiva e tentaram transmitir segurança e tranquilidade para suas esposas. Consideraram que, caso tivessem recebido orientações sobre seu papel como acompanhante, teriam vivenciado esta experiência de forma mais intensa e positiva.

A maioria dos pais desconhece a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108) e muitos só ficam sabendo que podem acompanhar suas esposas no momento da internação hospitalar. Mesmo os pais que participam efetivamente do processo de nascimento e parto não chegam a reconhecer este direito como sendo protegido pela legislação. Os pais e os demais membros da família das gestantes precisam ser orientados a respeito da lei no seu inteiro teor, para que possam usufruir de seus direitos (Perdomini, 2011). Medidas no sentido de promover o pleno gozo deste direito devem ser tomadas pelos profissionais, pelos gestores dos serviços de saúde e pela mídia, pois a presença do acompanhante, segundo a perspectiva dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, propicia bem-estar à parturiente e promove o vínculo familiar (Hoga, Pinto, 2007).

Na perspectiva das gestantes, a presença do acompanhante também é considerada positiva, pois proporciona conforto e segurança. Embora o

oferecimento de suporte para as esposas durante o trabalho de parto, mediante a realização de massagens, auxílio na deambulação e na respiração, seja bem-vindo pelas gestantes, o que estas mais valorizam é o apoio emocional oferecido pelos parceiros (Motta, Crepaldi, 2005).

O desempenho pleno do papel de acompanhante no parto requer, no primeiro momento, o preparo prévio dos profissionais, pois alguns destes ainda se mostram receosos em relação à presença deste personagem no momento do parto. O trabalho da equipe de enfermagem é essencial no sentido de incentivar a participação ativa e adequada dos acompanhantes. Em algumas instituições, há também a necessidade de adaptar o espaço físico, de modo a acomodar adequadamente o acompanhante e dar-lhe condições plenas para desempenhar seus papéis (Hoga, Pinto, 2007).

Os pais tiveram muitos temores em relação às práticas sexuais durante a gravidez e, em consequência deste fato, associado à rejeição pelo sexo demonstrada pelas gestantes, a frequência da atividade sexual diminuiu. Alguns pais tiveram dificuldades para aceitar o desinteresse de suas esposas pelo sexo e a consequente não correspondência às suas demandas.

Quanto às experiências e comportamentos em relação à abstinência sexual no período pós-parto, houve diversidade nas experiências. Alguns preservaram o resguardo sexual neste período, apesar de terem tido dificuldades para tal, e se sentiram resignados diante da situação. No momento de retornar à atividade sexual após o parto, alguns homens tiveram dúvidas em relação ao período de encerramento da abstinência sexual e temores relacionados aos possíveis prejuízos que a atividade sexual poderia provocar sobre o corpo feminino. Outras preocupações que permearam o retorno à atividade sexual eram relativas ao uso de anticoncepcionais – e seus prejuízos sobre a composição do leite materno – e os significados atribuídos à mama, que passaram a assumir uma conotação diversa daquela que até então tinham.

Quando nasce o primeiro filho de um casal, a relação marital, sobretudo o relacionamento íntimo do casal, é afetada, pois a atenção se volta primordialmente para o bebê. Portanto, o tornar-se pai envolve

mudanças na perspectiva de vida da pessoa e esta ocorrência foi avaliada como sendo uma crise existencial que exige mudanças nos padrões de adaptação (Hansson, Ahlborg, 2012). Esta crise não deve ser vista apenas segundo a perspectiva negativa. Deve ser encarada também como um ponto de partida para novas oportunidades de mudança para melhor. Esta transição demanda que ambos, os futuros pais e mães, recorram a estratégias adequadas para enfrentar este momento de crise (McKellar, Pincombe, Henderson, 2009; Brotherson, 2007).

A transição para a parentalidade enquanto um momento de crise foi estudada por outros pesquisadores. Esta fase pode estar permeada por aspectos igualmente importantes, que afetam o bem-estar da pessoa, como o estresse, o aumento da fadiga, a diminuição da autoestima e um declínio significativo na qualidade do relacionamento (Shapiro, Gottman, Carrere, 2000; Lawrence et al., 2008; Doss et al., 2009; Medina, Lederhos, Lillis, 2009).

Alguns pais podem apresentar deterioração repentina na qualidade de seu relacionamento com a parceira após o nascimento do filho – e este problema pode persistir ao longo da vida marital. A deterioração no relacionamento marital ocorre também entre os casais sem filhos que permanecem casados por muitos anos. Entretanto, para estes casais, a deterioração ocorre de forma mais gradativa (Doss et al., 2009).

Nos primeiros anos após o nascimento do filho, os casais tendem a focalizar a atenção nas rotinas diárias e a manifestação das emoções deixa de ser prioridade na vida deles. Conseqüentemente, surge o sentimento de insatisfação com o relacionamento conjugal, pois alguns elementos importantes desta relação, como a expressão da sexualidade, do romantismo e da amizade, ficam prejudicados (Polomeno, 2007; Polomeno, 2008). O cansaço também é um problema que afeta o relacionamento conjugal após o nascimento dos filhos. A constante fadiga desmotiva a atividade sexual e o declínio na qualidade do relacionamento conjugal acaba ocorrendo ao longo do tempo (Gameiro et al., 2010).

Existem outros fatores que interferem na qualidade do relacionamento marital após o nascimento dos filhos. Os principais problemas são as

condições econômicas precárias e a existência de problemas na estrutura familiar (Hansson, Ahlborg, 2012). As principais características destes problemas devem ser identificadas e medidas adequadas devem ser tomadas de modo a promover uma transição mais harmônica para a parentalidade (Howard, Brooks-Gunn, 2009). Os futuros pais devem ser ajudados na tomada de consciência a respeito de seus padrões de comportamento, sobretudo os relativos à fuga da situação problemática, pois este suporte é vital para a preservação da atenção mútua entre os casais (Möller, Hwang, Wickberg, 2008). Outras dimensões do relacionamento conjugal, como a coesão, o consenso e a satisfação mútua do casal, também ajudam a equilibrar a falta de sensualidade e as deficiências na interação sexual após o nascimento do filho (Hansson, Ahlborg, 2012).

É importante saber que nem todos os pais apresentam declínio na qualidade da relação conjugal no momento da transição para a parentalidade. Cerca de um terço dos pais conseguem preservar a qualidade da relação marital e a mantêm estável após o nascimento do filho. Muitos chegam a conseguir, até mesmo, a melhora na qualitativa da relação (Shapiro, Gottman, Carrere, 2000). A dinâmica familiar e marital se mantém estável ao longo do período reprodutivo em muitas famílias, mesmo após o nascimento dos filhos (White et al., 1999).

Independentemente da natureza da família, a presença e a participação ativa do pai na maternidade e na fase de adaptação da dinâmica familiar após a chegada ao contexto doméstico são fundamentais para que este processo se dê de forma construtiva. A licença-paternidade representa um benefício importante para que a presença e a participação paterna neste processo se concretizem.

Na Suécia, o sistema de licença parental difere de outros países. Naquele país, a licença parental é generosa, pois a mãe pode tirar licença do trabalho para cuidar do filho durante um ano e meio e o pai pode ficar até dois meses para dar suporte à mãe e ao filho e se adaptar no seu papel enquanto pai (Hansson, Ahlborg, 2012). Pelo fato deste país usufruir de uma condição social diferente da brasileira, não podemos pretender que um benefício desta natureza seja implementado no Brasil. Estima-se, entretanto,

que o benefício do afastamento de cinco dias do trabalho, destinado aos homens que se tornaram pais, deva ser prolongado. Esta recomendação está baseada nas constatações feitas por Oliveira e Brito (2009). Estes pesquisadores sugerem que a licença-paternidade em vigor no Brasil, restrita a cinco dias, deve ser estendida. Os pais permanecem pouco tempo na família neste momento importante da transição para a paternidade, um período insuficiente para contemplar todas as necessidades próprias e de suporte para a esposa e cuidados com o filho.

Os participantes deste estudo expressaram descontentamento em relação à falta de interesse sexual demonstrado pelas suas esposas após o nascimento do filho. Nesse aspecto, a existência de diferenças entre os sexos em relação ao interesse e à satisfação sexual após o nascimento do filho deve ser do conhecimento dos profissionais. Resultados de um estudo demonstram que as mulheres apresentam interesse significativamente menor em relação a este assunto se comparadas a seus maridos. Interesses menores em relação ao sexo se mantêm entre as mulheres até oito anos após o nascimento do filho. Entretanto, após oito anos, tempo em que durou este estudo longitudinal, o contentamento em relação ao sexo é menor entre os homens, de modo semelhante ao que ocorria seis meses após o nascimento do filho (Hansson, Ahlborg, 2012).

Muitos pais que participaram deste estudo expressaram preocupações relativas ao impacto da gravidez sobre o corpo feminino. Seus principais anseios eram relativos à silhueta feminina anterior à gravidez, que desejavam que fosse preservada. Este resultado indica a importância de ensinar e incentivar a realização de exercícios físicos, que podem ser iniciados ainda durante a gravidez e prosseguir após o parto. É necessário atentar para o fato de cada fase do ciclo grávido e puerperal permite e requer modalidades específicas de exercícios físicos. O ideal seria que houvesse suporte de um educador físico para a orientação destas atividades. Mas, considerando as condições sociais das mulheres brasileiras, é importante que os serviços de saúde disponibilizem este tipo de atividade.

O estímulo para a preservação da autoestima no período pós-parto surge como uma demanda que deve ser atendida. Os desafios emocionais

próprios aos diferentes estágios do curso da vida, especialmente a gestação, além de fatores como baixo poder aquisitivo, dependência econômica, baixa escolaridade, situações de exclusão, abandono, privação e ameaça nas relações, foram os principais fatores relacionados aos baixos níveis de autoestima das mulheres (Dias et al., 2008; Santos, Saraiva, 2004; Vianna, Bomfim, Chicone, 2006). A autoestima, que consiste em importante fator relacionado à saúde e à qualidade de vida, representa um elemento de proteção das mulheres, pelo fato de estar relacionada à adoção de condutas que promovem a saúde (Evans, 1999; Cid, Merino, Stieповich, 2006).

Quanto aos pais, os profissionais de saúde devem favorecer o desenvolvimento de habilidades para que estes se sintam suficientemente seguros para se envolver sexualmente no decorrer da gravidez e após o parto (Foux, 2008). Cabe aos profissionais fornecer o suporte necessário para que os casais possam vivenciar uma transição tranquila para a parentalidade (Glade, Bean, Vira, 2005). Os profissionais devem também desenvolver a capacidade de identificar as alterações normais e reconhecer as anormais, de modo a fornecer o suporte necessário para cada casal, de acordo com as especificidades e demandas individuais (Jomeen, 2004). Estratégias inovadoras e renovação pedagógica devem ser adotadas para promover o preparo adequado dos pais, para que estes tenham condições de desempenhar os papéis paternos e maternos plenamente (McKellar, Pincombe, Henderson, 2009; Ahldén et al., 2008).

Os profissionais de saúde devem destinar a devida atenção, sobretudo aos pais de crianças pequenas, oferecendo-lhes o apoio de que necessitam; nesse sentido, os profissionais podem prestar uma contribuição para a sociedade, mediante oferecimento de ajuda para estabilizar o relacionamento do casal e evitar separações. Isso poderia ser feito pelo ensino das habilidades de comunicação e ênfase na importância da sensualidade e da sexualidade na transição para a parentalidade e enquanto os filhos estão pequenos (Hansson, Ahlborg, 2012).

Em relação à amamentação, os pais conheciam a importância do leite materno para a saúde do filho, porém referiram dificuldades que comprometeram a continuidade deste processo. Eles não sabiam como dar

suporte às mulheres quando elas referiam estar sofrendo pelos desconfortos provocados pela sensação dolorosa causada pela sucção do bebê e pelo surgimento de lesões mamilares.

Estudo realizado recentemente, que aborda estas questões, revela que grande parte dos pais considera o aleitamento materno como sendo muito importante para o recém-nascido, pelo fato de conhecerem as vantagens que esta prática proporciona. Alguns pais se preocupam em dar apoio à esposa nos momentos difíceis do processo de amamentação. Outros pais, por sua vez, consideram que o aleitamento consiste em um momento que pertence apenas à mulher e a seu filho. Esta atitude favorece o desmame precoce, pois a literatura científica demonstra que as mulheres necessitam ser motivadas a prosseguir com o aleitamento materno (Cruz et al., 2011). Este resultado de pesquisa demonstra que os pais devem incentivar suas esposas a superarem os obstáculos que surgem no decorrer do processo de aleitamento materno. Isto requer a inclusão dos pais nas orientações a respeito dos cuidados com a amamentação e as formas adequadas de enfrentamento dos problemas derivados desta prática.

Os primeiros cuidados com o filho em casa foram permeados por medos e dúvidas. No primeiro momento, os pais permaneceram distantes dos cuidados com o filho, deixando-os sob a responsabilidade de parentes próximos. Eles demonstraram desejo em participar dos primeiros cuidados e acreditam que se tivessem recebido orientações adequadas poderiam ter participado ativamente. As principais dificuldades encontradas por estes pais foram em relação ao choro e sono do bebê, à possibilidade do bebê engasgar e aspirar leite e sobre erupção e regurgitação. Estes dados evidenciam a necessidade de incluir os pais na atenção pré-natal – e esta assistência deve contemplar as orientações relativas aos cuidados com o recém-nascido.

Os pais desejam efetivamente participar nos cuidados com os filhos recém-nascidos e, para tanto, chegam a diminuir as atividades sociais até então desenvolvidas. Estas mudanças são inerentes ao processo de ajuste ao papel paterno – e são necessárias. Entretanto, nos casos em que as atividades sociais dos homens, que se tornaram pais, diminuírem

bruscamente, cabe aos profissionais permanecerem atentos, pois existe a possibilidade desta diminuição ser uma consequência da instalação da depressão pós-parto (Bost, Cox, Payne, 2002).

É necessário levar em conta, assim como foi referido pelos participantes deste estudo, que eles desejam participar ativamente e serem protagonistas nos primeiros momentos da experiência efetiva de ser pai, ou seja, no momento da chegada do filho ao seio familiar. Alguns pais referiam o sentimento de frustração neste momento, pois o principal papel no cuidado foi desempenhado pela sogra ou por outras mulheres do convívio familiar. Semelhante sentimento foi referido em estudo feito em outro contexto cultural (Mbekenga et al., 2011). Na verdade, os pais desejam receber o devido preparo para o cuidado direto do filho recém-nascido, para poderem participar efetivamente e sem temores desta fase, que consideram importante para a experiência pessoal e familiar e para o estabelecimento do vínculo com o filho.

As principais demandas por orientações desta natureza incluem informações sobre como oferecer suporte às mulheres, a nutrição adequada para a mãe em aleitamento materno, a suplementação láctea para o filho, as principais causas de doença para os recém-nascidos, as razões do choro da criança e as principais medidas a adotar quando surgem problemas (Mbekenga et al., 2011). Portanto, informações a respeito dos tópicos requeridos pelos pais devem ser fornecidas, para que eles possam concretizar o desejo de participar efetivamente do cuidado de seus filhos.

**8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A
PRÁTICA CLÍNICA, O ENSINO E A PESQUISA**

Este capítulo é iniciado com as principais considerações a respeito deste estudo e finalizado com uma síntese das implicações dos resultados desta pesquisa para a prática clínica, o ensino e a pesquisa em enfermagem.

A experiência de abordar os pais com o objetivo de desenvolver uma pesquisa-ação e a quase total falta de aderência a esta proposta, com a consequente necessidade de mudar a estratégia metodológica, implicam algumas considerações.

Ainda há muito o que fazer para transformar a realidade prevalente em nosso meio, da falta de aderência e a quase ausência da figura masculina nos cenários da atenção básica, ou seja, a educação e a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Como alertado por inúmeros estudiosos deste assunto, a transformação desta realidade requer investimentos. Muitas medidas devem ser tomadas para que o seu conjunto resulte em mudança cultural. Na perspectiva dos homens e de seus padrões de masculinidade, investimentos devem ser realizados para que a socialização das crianças se dê em um cenário em que os homens possam, sem o temor da discriminação, estar presentes nestes serviços em busca da assistência que julgam ser necessária.

As instituições de saúde, por sua vez, devem rever seus padrões assistenciais, no sentido de não restringir o foco às mulheres e suas necessidades. Assim como os participantes desta pesquisa, os pesquisadores deste tema foram unânimes em afirmar que a abertura à participação masculina nos cenários de atenção básica deve ser promovida. Isto requer o devido acolhimento dos homens, a identificação e a correspondência às suas demandas, para que eles possam sentir que o tempo dispendido nesta investida realmente valeu à pena, o que exige um salto qualitativo na assistência pré-natal, com a inclusão dos pais, de forma sistemática, nas atividades inerentes a esta assistência. Avalia-se, entretanto, que grandes desafios ainda precisam ser superados, no sentido de os homens terem condições adequadas para se ausentar do trabalho

para se dedicar às demandas pessoais no tocante à promoção da saúde, sobretudo no que se refere à educação em saúde.

Presume-se que a consideração destas perspectivas e a superação de seus respectivos desafios representem uma contribuição efetiva para o surgimento do “novo pai”, desta vez menos preocupado em corresponder aos padrões de masculinidade prevalentes na cultura e, portanto, mais livre para expressar os sentimentos que emergem de seu íntimo na esfera privada.

Observa-se que este novo pai está emergindo, sobretudo, em contextos socioculturais mais democráticos e liberais. Um pai, cujas preocupações não se restringem ao suprimento das necessidades materiais da família, mas abrangem as transformações que ocorrem com sua mulher no decorrer do ciclo-gravídico e puerperal e incluem, sem temor, o estabelecimento do vínculo afetivo com seu filho a partir da gravidez.

Nesse sentido, a cartilha educativa produzida tentou corresponder às necessidades que foram expressas pelos pais quanto aos seus sentimentos e demandas por suporte e orientação, de modo a promover uma experiência mais construtiva da gravidez.

O conteúdo da cartilha foi elaborado com base nos dados mais recentes da literatura científica, considerando, sobretudo, a eficácia comprovada cientificamente – quando isto foi possível. Cada vez mais tem se defendido que as práticas em saúde devem estar pautadas nas melhores evidências, mediante recomendação daquelas que tenham eficácia comprovada. A Prática Baseada na Evidência requer que a implementação das evidências científicas na prática clínica deva estar pautada na cultura, nas preferências dos usuários dos serviços de saúde e no julgamento profissional (Pearson et al., 2005). Acreditando na veracidade e na importância desta assertiva, buscou-se compor a cartilha levando-se em conta as experiências e as demandas dos pais, que refletem, direta e indiretamente, as crenças e os valores predominantes no contexto cultural em que vivem.

A adoção da história oral para explorar as experiências vividas pelos pais e a identificação de suas principais demandas por suporte e orientação

foram fundamentais, pois este recurso de obtenção de dados possibilita enfatizar a perspectiva dos próprios interessados. A exploração das experiências pessoais, a identificação das demandas pessoais e a correspondência a elas possibilitam que as pessoas trabalhem as próprias questões e tentem equacionar seus problemas (Andaloussi, 2004).

Nesse sentido, foi possível perceber a satisfação dos pais em participar de um estudo, cuja proposta estava centrada na expressão de suas experiências e a identificação de suas demandas por orientação. Este sentimento se sobressaiu ao saberem que suas questões estariam contempladas em uma cartilha e que as correspondentes respostas a elas, devidamente embasadas em literatura científica, seriam apresentadas com o devido cuidado, mediante emprego das palavras e das ilustrações mais apropriadas. O texto desenvolvido para esta cartilha foi planejado considerando estas questões, de modo a subsidiar um processo de tomada de decisão, muito mais do que persuadir para a mudança de comportamento ou de atitude. Este aspecto é enfatizado por Reberte (2008) e Araújo (2006) no que se refere aos pressupostos da produção de uma cartilha educativa. A concretização de tal processo implica necessariamente levar em consideração as experiências de vida, as crenças, os valores e as demandas que emergem dos próprios interessados que são o alvo do processo, neste caso os pais.

Ao elaborar esta cartilha, pretendeu-se, sobretudo, superar a hegemonia estabelecida na educação em saúde. Essa experiência significou reconhecer as limitações do próprio saber e admitir, assim como validar, outro saber, não especializado, na identificação mais ampla das necessidades de saúde e na compreensão dos contextos de vida e dos recursos mobilizados pela população. Essa prerrogativa pressupõe a superação dos preconceitos, o que implica respeitar e tentar entender a fala do outro, a fim de influenciar na produção de uma nova cultura do setor saúde. Um aprendizado desta natureza requer interações de saberes e práticas ou a interlocução entre os profissionais e técnicos e os representantes da população organizada, no âmbito dos serviços (Reberte, 2008; Stotz, Araújo, 2004). Por meio desse aprendizado, pretende-se

contribuir para a formação de uma consciência crítica, direcionada à transformação da realidade social. São processos de validação da experiência de terceiros e legitimação da sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade, visando, entre outros aspectos, a melhoria da qualidade de vida da população (Reberte, 2008; Carvalho, 2004; Monteiro, Vargas, Cruz, 2006).

Buscou-se, por meio da exploração das experiências concretamente vividas pelos pais, que compartilharam, junto com suas mulheres, da experiência da gravidez, identificar as necessidades deles e tentar corresponder, tanto quanto possível, às suas demandas por orientação. Estima-se que o conjunto deste trabalho possa fortalecer as potencialidades dos pais e seus familiares e, conseqüentemente, das próprias gestantes, de modo que todas as pessoas direta ou indiretamente envolvidas neste processo se sintam apoiadas em suas necessidades.

A cartilha educativa “Orgulho de pai” é um recurso que poderá ser amplamente utilizado pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Para alcançar este objetivo, a cartilha será disponibilizada para reprodução por todas as pessoas e instituições interessadas.

Em síntese, as implicações deste estudo para a prática clínica consistem em incluir os homens em todos os âmbitos da assistência em saúde sexual e reprodutiva, de forma sistemática, sobretudo na assistência pré-natal e nos grupos de promoção e educação em saúde. Nesse sentido, os serviços de assistência pré-natal requerem uma reestruturação ampla, o que envolve necessariamente a ampliação dos horários de atendimento, a capacitação dos profissionais e a adaptação da estrutura física. Considera-se que a contemplação destes aspectos é fundamental para que os pais sejam devidamente acolhidos e possam participar, de forma ativa e efetiva, do processo reprodutivo.

Quanto à pesquisa, há o desafio de verificar se o emprego da cartilha proporciona benefícios aos principais interessados, ou seja, pais, suas esposas, seus filhos e demais pessoas envolvidas. É importante verificar, sobretudo, se o emprego da cartilha promove o envolvimento paterno com a gestação em termos de acompanhamento da gravidez, do parto e da

participação no cuidado dos filhos e se isso produz benefícios também para as mães. Importa verificar também em qual medida o emprego da cartilha pode beneficiar os profissionais que prestam assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS

Estas referências bibliográficas foram feitas conforme o estilo "Vancouver" adotado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ahldén I, Göransson A, Josefsson A, Alehagen S. Parenthood education in Swedish antenatal care: Perceptions of midwives and obstetricians in charge. *J Perinatal Educ* 2008; 17(2):21-7.

Amaral DR. Atividades físicas. In: Peixoto S. *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2004. p. 241-52.

Andaloussi K. Pesquisas-Ações. Ciências. Desenvolvimento. Democracia. São Carlos: Edufscar; 2004. Brasil. Ministério do Meio Ambiente. [citado 2012 fev 10] Disponível em:
http://www.daep.com.br/coletivos/adm/download/dt_2_programa_educomunicacao_socioambiental_4a_versao_maio_final.pdf.

Araújo I. Materiais educativos e produção de sentidos na intervenção social. In: Monteiro S, Vargas E, organizadores. *Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces no campo da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 252.

Araújo LDS. *Querer/poder amamentar. Uma questão de representação?* Londrina: Editora EDUEL; 1997. 236 p.

Ávila AA. *Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente!* São Paulo: Atheneu; 1998.

Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1998. 372 p.

Beretta MIR, Andrade AS. Avaliação de um curso de extensão universitária. *Acta Paul Enf*. 2000; 13(3):92-100.

Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2005; 58(6): 698-702.

Bornholdt EA, Wagner A, Staudt ACP. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psic. Clin*. 2007;19(1):75-92.

Bortoletti FF. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007. p. 21

Bost KK, Cox MJ, Payne C. Structural and supportive changes in couples family and friendship networks across the transition to parenthood. *J Marriage Family*. 2002; 64:517-31.

Brasil. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União* [periódico na Internet]. 1990 [citado 2012 jan. 15]. Disponível em: <http://www.in.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Mulheres brasileiras. Atuação Feminina. Retrato das brasileiras [texto na internet]. Brasília; 2010. [citado 2012 fev 10] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/secoes/mulher/atuacao-feminina/retrato-das-brasileiras>

Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* [periódico na Internet]. Brasília; 2005 [citado 2012 jan 17]. Disponível em: <http://www.in.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 out 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*.1996; 21(1):52-61.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Editora do Ministério da Saúde: Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Manual Técnico. Brasília; 2001.

Bressan Filho NP. Modificações gravídicas locais. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. 2 ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 37-51.

Brotherson SE. From partners to parents: Couples and the transition to parenthood. *Int J Childbirth Educ*. 2007; 22(2):7-12.

Bueno SMV. Marco conceitual e referencial teórico de Educação para Saúde: orientação à prevenção de DST-AIDS e drogas no Brasil para crianças, adolescentes e adulto jovem. Ministério da Saúde/CNDST-AIDS. Brasília; 1997.

Carvalho SR. The multiple meanings of empowerment in the health promotion proposal. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95.

Cavalcante MAA. A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Cegano S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(3):409-13.

Centofani MD, Costa CG, Assad MAC, Moreira ECH. Perfil das participantes do “serviço de atendimento interdisciplinar à gestante”. *Semina: Ciênc Biol Saúde*. 2003; 24:49-54.

Chodorow N. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 2002.

Cid P, Merino JMM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile*. 2006; 134: 1491-99.

Costa MCG. *Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1385-401.

Cruz DSM, Rocha INSBS, Marques DKA, Souza IVB. Percepção da figura paterna frente ao aleitamento materno. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(4):702-7.

Davim RMB, Menezes RMP. Assistência ao parto no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001; 9(6):62-8.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 438-45.

Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Dias MS. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2787-97.

Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia: JB Lippincott; 1996.

Doss BD, Rhoades GK, Scott M, Markman SH. The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *J Pers Soc Psychol.* 2009; 96(3):601–19.

Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Lat Am Enferm.* 2005; 13(5):754-7.

Evans R. *The pedagogic principal.* Edmonton: Qual Institute Press; 1999. 178 p.

Fonseca MMF, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev Lat Am Enferm.* 2004;12(1):65-75.

Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual Relationship.* 2008; 23(3):271-7.

Freire P(a). *Pedagogia do oprimido.* 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

Freire P (b). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(1):137-45.

Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Guedes RN, Lucena KDT, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1):85-90.

Gadotti M. *Interdisciplinaridade: Atitude e Método.* Instituto Paulo Freire. São Paulo; 1999. p. 1-7.

Galastro EP, Fonseca RMGS. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):454-9.

Gameiro S, Moura-Ramos M, Canavarro MC, Soares I. Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of Portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Res Nurs Health.*2010; 33:207–20.

Glade AC, Bean RA, Vira R. A prime time for marital/relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *Am J Family Therapy.* 2005; 33:319-36.

Gomes FA, Mamede MV. Modificações gerais e locais do organismo materno na gravidez. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri: Manole; 2006. p. 26.

Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(supl. 1):983-92.

Hansson M, Ahlborg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – A longitudinal study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2012; 3(1):21-29.

Hoga LAK. Perspectiva masculina da saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri: Manole; 2007.

Hoga LAK, Pinto CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2007; 15(1):74-81.

Hoga LAK, Reberte LM. Técnicas corporais em grupo de gestantes: a experiência dos participantes. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):308-13.

Hoga LAK, Reberte LM. The experience of paternity during adolescence in a low-income Brazilian Community. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):106-11.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica. *Estudos Feministas*. 2002;10:461-81.

Howard KS, Brooks-Gunn J. Relationship supportiveness during the transition to parenting among married and unmarried parents. *Parenting Sci Practice*. 2009; 9:123–42.

Hudelson PM. *Qualitative research for health programmes*. Division of mental health. World Health Organization. Geneva. 1994. 102 p.

João, LC. Exame físico. In: Peixoto S. *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2004. p. 110-31.

Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2004; 8:143-55.

Keefer CH. Assistência do recém-nascido sadio no berçário. In: Cloherty, John P.; Eichenwald, Eric C.; Stark, Ann R. *Manual de Neonatologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 64-65.

- Krob AD, Piccinini CA, Silva MR. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*. 2009; 20(2):269-291.
- Lawrence E, Cobb RJ, Rothman AD, Rothman MT, Bradbury TN. Marital Satisfaction across the transition to parenthood. *J Family Psychology*. 2008; 22(1):41–50.
- Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):812-8.
- Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 17ª ed. São Paulo: Saraiva; 2005.
- Maldonado MT, Canella P. O trabalho grupal: estruturas e modelos. In: Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso; 2003. p. 280-309.
- Maldonado MT, Dickstein J. *Nós estamos grávidos*. 2ª ed. São Paulo: Integrare Editora; 2010.
- Matias GFA. A importância da estimulação auditiva durante o período pré e pós-natal [monografia]. Goiânia: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - CEFAC;1999
- Mbekenga CK, Lugina HI, Christensson K, Olsson P. Postpartum experiences of first-time fathers in a Tanzanian suburb: a qualitative interview study. *Midwifery*. 2011; 27(2):174-80.
- McKellar L, Pincombe J, Henderson A. Coming ready or not! Preparing parents for parenthood. *Br J Midwifery* 2009; 17(3):160-7.
- Meadows LM, Morse JM. Constructing evidence within the qualitative project. In: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ. *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 187-200.
- Medina AM, Lederhos CL, Lillis TA. Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Syst Health*. 2009; 27(2):153–60.
- Meihs JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar*. 2ª ed. São Paulo: Contexto; 2011.
- Meihs JCSB, Ribeiro SLS. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo: Contexto; 2011.

- Mello AR, Neme B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: Neme, B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 218-28.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Möller K, Hwang P, Wickberg B. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? J Reprod Infant Psychology. 2008; 26(1):57-68.
- Monteiro S, Vargas EP, Cruz M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectivas. In: Monteiro S, Vargas EP. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- Montenegro CAB, Rezende Filho J. Modificações do organismo materno. In: Rezende, obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 71-2
- Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks: Sage; 1998.p. 56-85.
- Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional, a perspectiva da parturiente. Paidéia. 2005; 15(30):105-18.
- Neme B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
- Neme B, Maretti M. Assistência pré-natal. In: Neme, B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 117-33.
- Neme, B.; Parpinelli, MA. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: Neme, B. Obstetrícia básica. 2 ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 282.
- Northern JL, Downs MP. Audição em Crianças. Barueri: Manole; 1989.
- Oliveira EMF, Brito RS. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3):595-601.
- Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. Cogitare Enferm. 2009; 14(1):73-8.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Programming for male involvement in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in

Reproductive Health WHO/PAHO, Washington DC, USA 5-7 September 2001. [texto na internet] 2002. [citado 2011 ago. 21]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

Ouzgane L, Morrell R. African Masculinities: Men in Africa from the Late Nineteen Century to the Present. South Africa: University of Kwa Zulu-Natal Press. [texto na internet] 2005. [citado 2012 fev 08]. Disponível em: http://docenti2.unior.it/doc_db/doc_obj_19781_06-05-2012_4fa640bbc171a.pdf

Parke RD. Fatherhood. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press;1996. 319 p.

Passini Júnior R. Parto: fenômenos maternos. In: Neme, B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 164-71.

Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of evidence-based healthcare. Int JEB Healthcare. 2005; 3(8):207-15.

Peixoto S. Pré-natal. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2004.

Peixoto S, Sancovski M. Calendário de seguimento. In: Peixoto S. Pré-natal. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2004. p. 289-93.

Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):245-52.

Piccinini CA, et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebês/criança. Psicol Reflex Crít. 2001; 14:469-85.

Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RS, Tudge J. O envolvimento paterno durante a gestação. Psicol Reflex Crít 2004; 12(3):303-14.

Pinto Júnior W. Diagnóstico pré-natal. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(1):139-157.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Polomeno V. Divorce prevention and perinatal education. Int J Childbirth Educ. 2008; 23(4):21-5

Polomeno V. Marriage, parenthood and divorce. Understanding the past as we move in to the future. Int J Childbirth Educ.2007; 22(3):13-9

Reberte LM. Celebrando a vida: construção de uma cartilha educativa para a promoção da saúde da gestante [dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

Reberte LM, Hoga LAK. A Experiência de pais participantes de um grupo de educação para a promoção da saúde no pré-natal. *Revista Ciencia y Enfermeria*. 2010; 26(1):105-14.

Reberte LRM, Hoga LAK, Gomes LZ. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(1):101-8.

Redondo-Churchward I. Cada cabeza es un mundo. In D. Hayes-Bautista & R. Chiprut. *Healing Latinos: Realidad y fantasia*. Los Angeles: Cedars-Sinai Health System; 1998. pp. 87-95.

Ricci, Susan Scott. Conduta de Enfermagem para o recém-nascido. In: Ricci, Susan Scott. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 414-5.

Richetto, Aline Maciel; Souza, Aspásia Basile Gesteira Souza. A higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: Souza, Aspásia Basile Gesteira. *Enfermagem neonatal – cuidado integral ao recém-nascido*. São Paulo: Martinari; 2011.

Rohde LA, et al. A função paterna no desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria*. 1991; 13(3):127-35.

Rudge MVC, Borges VTM, Calderon IMP. Adaptação do organismo materno à gravidez. In: Neme, B. *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 49.

Ruocco RMSA. Nutrição e ganho ponderal. In: Zugaib, M.; Ruocco, RMSA. *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 267- 85.

Santana TGM. Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal. In: *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Bortoletti FF, et al. Barueri: Manole; 2007.

Santo LCE, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *R. Gaúcha Enferm*. 2000; 21(2):87-109.

Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Santos MRC, Zellerkraut H, Oliveira LR. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *O mundo da saúde São Paulo* 2008; 32(4):420-9.

Santos ZMSA, Saraiva KRO. Auto-estima de mulheres hipertensas que vivenciam o climatério. *RBPS* 2004; 17(1):31-6.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP. Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP; 2010. 234p.

Sbragia L. Tratamento das malformações fetais intraútero. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(1):47-54.

Schneider JF, Trindade E, Mello AMA, Barreto ML. A paternidade na perspectiva de um grupo de pais. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 1997; 18(2):113-122.

Schulte MM, Sonenstein FL. Men at family planning clinics: The new patients? *Family Planning Perspectives.* 1995; 27: 212-5

Shapiro AF, Gottman JM, Carrere S. The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *J Family Psychology.* 2000;14:59–70.

Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(5):656-62.

Sociedade de Pediatria de São Paulo – SPSP. Zamataro T. O que fazer quando um bebê ou uma criança engasga. 2008. [texto na internet]. [citado 2011 nov 4]. Disponível em: www.spsp.org.br

Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Stotz EN, Araújo JWG. Health promotion and political culture: reconstructing the consensus. *Saúde Soc.* 2004;13(2):5-19.

Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Auto-estima de mulheres que sofreram violência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(5):695-701.

Vitiello N, Vitiello M. Distúrbios da libido e orgasmo na gestação. In: Peixoto S. *Pré-natal*. 2 ed. Barueri: Manole; 1981.

White MA, Wilson ME, Elander G, Persson B. The Swedish family: Transition to parenthood. *Scand J Caring Sci*. 1999;13:171-6.

Zaccaro AR. Nutrição na gravidez. In: Peixoto S. *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2004. p. 294-301.

Ziegel EE, Cranley MS. Características do recém-nascido normal. In: Ziegel, Erna E, Cranley, Mecca S. *Enfermagem Obstétrica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985, p. 497 – 8.

Zugaib *Obstetrícia*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Dados pessoais dos pais

Nome:
Idade: anos
Anos de estudo: anos
Profissão:
Ocupação:
Religião:
Estado civil:
Mora com a parceira?
Se sim, há quanto tempo?
Número de filhos:

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor

Eu, Adriana Manganiello, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho solicitar a sua colaboração nesta pesquisa, participando dos grupos e das atividades propostas durante as sessões e da validação do material desenvolvido com a ajuda de todos os participantes.

Esclareço que suas informações a mim confiadas serão sigilosas, garantindo o anonimato ao informante. A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos à sua pessoa. Os dados obtidos serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em eventos científicos.

O estudo “ORGULHO DE PAI: CARTILHA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO PATERNO NA GRAVIDEZ” tem os seguintes objetivos: explorar as experiências vividas pelos pais no processo de gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; identificar as dúvidas, dificuldades e necessidades por orientação e elaborar um material educativo direcionado aos pais, visando o atendimento destas demandas e maior envolvimento paterno neste processo.

Informamos que, no caso de dúvidas o colaborador poderá entrar em contato com as pesquisadoras Adriana Manganiello e Luiza Akiko Komura Hoga, através dos telefones 30617607 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo e-mail edipesq@usp.br.

Ainda, esclareço que os colaboradores não sofrerão qualquer ônus financeiro e que não haverá remuneração. A participação na pesquisa é livre e de espontânea vontade. Toda e qualquer dúvida do colaborador serão esclarecidas pelos pesquisadores.

Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

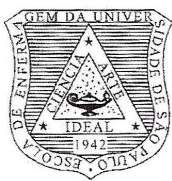
Assinatura da pesquisadora

Assinatura do colaborador

Adriana Manganiello

ANEXO

ANEXO A



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de junho de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Adriana Manganiello

Ref.: Processo nº 1023/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0029.0.196.162-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Pesquisa-ação para a construção de uma cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gestação**” informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Célia Maria Sivalli Campos.

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo