

CURSO PÓS-GRADUADO DE
APERFEIÇOAMENTO SOBRE AS CIÊNCIAS DO
BEBÉ E DA FAMÍLIA

Relatório Final

Ivete Rosária Almeida dos Milagres Monteiro

2013|2014

(RE)CONSTRUÇÃO DA FAMÍLIA

Família Migrante em contexto de doença

INTRODUÇÃO

O conceito de família tem sofrido várias modificações ao longo dos tempos. Inicialmente a família era considerada como um grupo de indivíduos que estavam ligados por laços de sangue. No entanto, este conceito tem sofrido várias modificações, estendendo-se, actualmente, a laços afectivos e emocionais. O processo de construção de uma família inicia-se a partir do momento que se começa a sonhar com ela. Pode parecer poético ou mesmo utópico, mas é a constatação da necessidade de outras pessoas para (sobre)vivermos, a procura de objectivos e sonhos comuns e a necessidade de perpetuar as nossas características, que permite que as famílias se unam como um todo. A problemática das famílias é uma realidade que se impõe nos dias de hoje. Com a globalização, as correntes migratórias alteraram-se e países, que eram tradicionalmente emigrantes, tornaram-se países de acolhimento. A realidade mais recente é a existência de países que são simultaneamente países de emigração e de imigração. Esta é a realidade actual de Portugal.

No nosso país constata-se a presença crescente de famílias oriundas de outros países, que por diversos motivos optam por se estabelecerem aqui. A fase inicial de adaptação é, por vezes, complexa colocando em causa valores, ideias e conceitos que estruturam estas famílias e estas pessoas. A saúde e todos os cuidados são colocados em causa e parece que as dúvidas emergem e afogam todas as perspectivas. O contexto da saúde é um dos mais afectados, sendo as situações de doença e de internamento propícias a reestruturações de dinâmicas e de funções. Muitas vezes, essas reestruturações podem ser um novo início, mas frequentemente são acompanhadas de um turbilhão de incertezas e medos.

A importância atribuída à família, como conceito em si mas também como unidade, foi a razão fundamental para a opção pela família como tema central deste trabalho. Ao trabalhar com crianças trabalho também com as suas famílias, vivenciando as suas preocupações e as suas alegrias, mas também as suas dúvidas. Em Neonatologia estas preocupações são muito frequentes misturando-se com vários sentimentos impostos por um nascimento antes do tempo. Apesar da família migrante ser o objecto da minha reflexão, enriquecerei este tema recorrendo a conceitos que não posso deixar

de associar, tais como a vinculação, a crise e o bebé e a sua circunstância abordados ao longo do curso. Nas Unidades de Neonatologia assiste-se a mudanças bruscas na dinâmica familiar, que muitas vezes são difíceis de gerir pelos próprios elementos da família. Centrados num problema, ou num acontecimento, eles esquecem-se de pequenos grandes pormenores que põem em causa a sua viabilidade presente e a sua vida futura. Foi a partir desta constatação que surgiu o presente relatório, inserido no Curso Pós-Graduado de Aperfeiçoamento sobre as Ciências do Bebé e da Família. Ao longo desta formação foi-se materializando a preocupação com o bebé e com a sua família, segundo várias perspectivas e diferentes vertentes.

Ao analisar esta temática, relacionando-a com a minha prática profissional, percebi que a família era o ponto central da minha acção. Em Neonatologia, o cuidar da criança nascida prematuramente é o objectivo principal, mas ao cuidar destas crianças não podemos descuidar os seus pais e, em consequência, a sua família.

A metodologia escolhida para a abordagem deste tema é uma metodologia essencialmente reflexiva, baseada na minha experiência pessoal e profissional, mas enriquecida com as conversas que desenvolvo diariamente com os meus colegas e com os pais dos bebés que estão internados na unidade onde exerço funções. Mais do que um revisitar de experiências e de situações, pretende perspectivar um futuro mais consciente e fundamentado, no cuidar de famílias migrantes.

DESENVOLVIMENTO

A família como unidade tem sofrido alterações ao longo do tempo. Se inicialmente prevaleciam os conceitos de parentesco e laços de sangue, actualmente considera-se a vertente emocional e afectiva como o principal elo de ligação entre os elementos de uma família. Também em termos de estruturação, assistimos a uma evolução marcada pela afirmação de cada indivíduo, valorizando-o como ser único, num respeito pela sua individualidade, pelas suas características pessoais, permitindo a afirmação do seu eu, das suas crenças e dos seus valores, enquadrando-os num contexto mais alargado, o de família. Recuando algumas décadas era notória a existência de uma voz única na família, a do patriarca, responsável pela segurança e sustento de todos os membros. Paralelamente, à mulher era atribuído o papel de cuidadora, restringindo-se o seu domínio à educação dos filhos e às tarefas domésticas. Estas representações foram sendo transmitidas ao longo das diferentes gerações, reflectindo o conceito de família tradicional.

Vários acontecimentos mundiais, tais como a Grande Depressão e a II Guerra Mundial, marcaram a evolução deste conceito tradicionalista, impondo uma mudança de papéis e de valores, numa reestruturação do que até então era considerado como uma verdade inabalável. Na realidade, as guerras, quer tenham sido mundiais ou não, constituíram o ponto de ignição para a ocorrência das principais mudanças na estrutura familiar. A ida dos homens para a guerra forçou o assumir de novas tarefas por parte das mulheres, sendo então as únicas responsáveis pelo sustento e bem-estar familiar. Esta divisão na unidade familiar apesar de chocante e destrutiva, apresentou-se como um desafio para as famílias que tiveram que aprender a adaptar-se e a sobreviver. Este desafio mantém-se até aos dias de hoje, revelando a flexibilidade que o conceito de família apresenta, no sentido de dar resposta aos múltiplos acontecimentos que têm vindo a surgir na civilização. O aumento do número de divórcios e de separações, da coabitação, do número de filhos a viver com um só progenitor, de crianças nascidas fora do casamento, do número de mulheres a trabalhar a tempo inteiro com filhos dependentes e o aumento da idade média das mulheres quando têm o primeiro filho, são apenas alguns exemplos de mudanças

chave ocorridas nos últimos 30 anos que contribuíram para a construção do conceito de família que prevalece actualmente.

A família é, assim, entendida como espaço emocional com práticas familiares (de guarda, sustento, apoio, educação, afectividade, valores) sem limites rígidos de residência, casamento ou orientação sexual dos cônjuges, nos quais sobressaem a preocupação com o cuidar dos seus membros. Reconhece-se, então, o cuidar como o propósito comum de qualquer família, independentemente do seu modelo de organização. Ao conceito de família nuclear tradicional, juntaram-se outros tipos de modelos organizacionais, tais como, famílias monoparentais, famílias reconstruídas, casais do mesmo sexo com ou sem crianças, casais *living apart together* com ou sem filhos. Estas novas formas de organização dos espaços emocionais vieram questionar o próprio conceito de família, reformulando o que é considerado como tradicional, e alargando perspectivas, baseando-se em laços emocionais e afectivos. Seja qual for o modelo de organização, o facto de a família constituir uma unidade emocional, física e social, torna perceptível a sua complexidade. Na realidade, o acontecimento do ciclo de vida individual dentro de todo um ciclo de vida familiar acarreta uma série de problemas que os indivíduos desenvolvem quando se movimentam em conjunto ao longo da vida (Zagonel, 1999, p.25). Este movimento representa mudança, resultados, que integram o conceito central de transição, reflectindo o seu carácter dinâmico.

Numa análise mais profunda à estrutura familiar reconhece-se a existência de múltiplas forças que a caracterizam e que promovem o seu crescimento num plano emocional-afectivo e social. Este crescimento é conseguido através do contínuo contributo que os vários elementos trazem para a relação, partilhando as suas experiências, sentimentos, preocupações e sobretudo, os seus objectivos de vida. A família, enquanto símbolo de união, permite a expressão individual de cada um, respeitando opiniões mesmo quando estas são divergentes. Ela é a rede de suporte, que dá força e impulsiona as escolhas de cada membro num ambiente de segurança e protecção. Esta ideia é defendida por Guerreiro, Torres e Lobo (2007, p.8) ao afirmarem que “A família tornou-se o lugar chave de realização pessoal e de construção identitária, a esfera privada que resguarda os indivíduos do espaço público,

formal e impessoal, e lhes dá liberdade de escolha por contraposição aos constrangimentos da comunidade e do colectivo familiar mais amplo (...)" . De acordo com as mesmas autoras (2007),

A capacidade do indivíduo enfrentar e gerir riscos advém-lhe muitas vezes do apoio emocional e material proporcionado por aqueles que são considerados como fazendo parte da sua família, das competências sociais e afectivas que, pela sua socialização, as famílias transmitem aos seus membros. Na verdade, estas, nas suas formas plurais, continuam a ser fonte e cimento de valores morais para os indivíduos que nelas nascem e as constituem (p.9).

A família assume-se como pilar na estruturação de cada um dos seus membros, sendo a fonte primária de socialização, através das relações que se estabelecem desde o nascimento. Ela é ainda responsável pela transmissão contínua de valores, crenças e representações, capacitando o indivíduo de saberes e competências que lhe permite concretizar o seu projecto de vida dentro da respectiva unidade familiar e na sociedade em que se encontra inserido.

A força da família surge pela sua unidade e pelo tipo de relações que se estabelecem entre os seus membros. Se por um lado esta força tende a ser crescente, ela não é inabalável, revelando-se susceptível a forças externas, que são inevitáveis e fora do seu controlo. Acontecimentos devastadores, como a perda de um ente querido, uma situação de doença grave ou mesmo a necessidade de emigrar de um dos elementos (ou mesmo de todos), influenciam de forma negativa a dinâmica familiar, impondo uma necessidade de resposta no sentido de ultrapassar estes obstáculos e transformá-los em forças positivas para benefício de todos. Na realidade, a verdadeira força encontra-se nesta capacidade de resposta aos diferentes desafios, convertendo-os em momentos de aprendizagem fundamentais para o crescimento da família.

Mas será que todas as famílias perante uma situação adversa conseguem desenvolver estratégias para a superar? Será que respondem todas da mesma forma? E como respondem as famílias migrantes?

A migração constitui, actualmente, uma das mais complexas adversidades com que uma unidade familiar se pode confrontar. Na realidade, o aumento crescente dos fluxos migratórios ao longo dos tempos e em todos os continentes, e a sua influência nas sociedades contemporâneas em geral, e nas famílias migrantes em particular,

revelam a sua pertinência em termos de objecto de estudo e de profunda reflexão. Apesar de muitas vezes subvalorizada na sua essência, a migração apresenta um peso inegável nas diferentes culturas dos dias de hoje, sendo responsável por um enriquecimento de valores, crenças e representações, num contraponto com o preconceito, racismo e discriminação. Esta reconhecida ambiguidade demonstra a complexidade inerente ao fenómeno da migração e a importância do seu estudo no âmbito de diferentes áreas da saúde.

Actualmente, os fluxos migratórios ocorrem de forma mais numerosa, rápida e diversificada, atingindo todos os continentes, géneros, classes sociais, gerações e os vários domínios da vida pública. No mundo globalizado e aberto de hoje, os indivíduos continuam a migrar em busca de melhores perspectivas e condições de vida, num reconhecimento de um direito que lhes assiste, descrito no artigo 13 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo o indivíduo tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país”. Na realidade, a crescente disparidade entre níveis de desenvolvimento de países e os conflitos armados, têm sido responsáveis por um número cada vez maior de migrantes e de refugiados (Ramos, 2009, p.1-2). Neste sentido, e dando resposta a este fenómeno global, as questões da saúde, da qualidade de vida e dos direitos humanos dos migrantes encontram-se no centro das preocupações, nomeadamente, em Portugal.

Numa perspectiva simplista, pode-se afirmar que Portugal passou de ser um país de emigrantes para ser um país de onde e para onde se migra, enfrentando questões complexas de aculturação por parte das famílias migrantes e de ajustamento da respectiva sociedade de acolhimento.

O processo de migração é considerado como bastante difícil e complexo, principalmente, quando envolve toda a unidade familiar assumindo um carácter permanente. Durante o período de migração e de aculturação, as famílias passam por uma modificação do seu contexto socio-cultural e da sua identidade social. Esta modificação é especialmente difícil devido ao facto de ocorrer de forma rápida e abrupta, o que vem ameaçar o antigo equilíbrio familiar.

Pelas características que integra e que a definem, a migração constitui, assim, um factor de *stress* para o indivíduo, enquanto ser único, provido de valores e representações, assim como, para a família da qual faz parte, reconhecido lugar de transmissão de tradições, impondo toda uma alteração de hábitos, de relações sociais e de estilos de vida. Neste complexo processo de aculturação, os indivíduos e famílias migrantes vêem-se obrigados a desenvolver estratégias de adaptação social e psicológica, numa incorporação de uma nova cultura, de uma nova língua e de regras culturais e sociais diferentes. Dúvidas e ansiedade podem então surgir, encontrando-se os migrantes divididos entre o desejo de integrar os elementos da cultura do país de acolhimento e o desejo de manter tradições e hábitos de origem profundamente enraizados (Ramos, 2009, p.6). Como conseguir um equilíbrio entre duas culturas, por vezes, tão distintas e contraditórias entre si, sobrevivendo num ambiente estranho e hostil, que tentam considerar como o seu novo lar? Esta adaptação pode trazer consequências nefastas para a família, enquanto unidade emocional, assim como, para os indivíduos, adultos e crianças, afectando a sua saúde física e mental.

Para além destas situações de isolamento, de solidão, de depressão, de perda de identidade e auto-estima, as famílias migrantes enfrentam ainda graves problemas de precariedade social, com dificuldades no acesso a serviços públicos, nomeadamente, no acesso à saúde, um direito fundamental de qualquer cidadão no exercício dos seus direitos humanos. De acordo com Gonçalves *et al* (2003):

Os migrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, estando esta vulnerabilidade associada a diversos factores, entre os quais a situação económica, a falta de conhecimentos sobre a acessibilidade aos serviços sociais e de saúde disponíveis, a situação de legalidade de residência, as barreiras legais aos sistemas prestadores de cuidados, assim como a sua residência geográfica, geralmente em bairros periféricos e habitações ilegais (p.56).

Com efeito, a procura dos serviços de saúde é fortemente condicionada pelo desconhecimento e pelas práticas de saúde da população migrante. Se no seu país de origem as pessoas não recorriam aos serviços de saúde, por não existirem, por não terem acesso fácil ou por opção, não é expectável que essa situação se modifique no país de acolhimento. Associam-se aos factores anteriormente descritos, a percepção que as próprias pessoas têm do conceito de saúde, adaptando-o à sua realidade.

Também o constrangimento linguístico é um condicionante significativo, impedindo o acesso à informação ou restringindo o conhecimento necessário para compreender as recomendações dadas pelos profissionais de saúde. Paralelamente, encontramos descritos em alguns estudos (Gonçalves *et al*, 2003; Estrela, 2009) obstáculos relacionados com os próprios serviços de saúde, tais como, período de atendimento não adequado, longo tempo de espera, excesso de burocracia para formalizar o acesso aos serviços de saúde, custo dos serviços e dos medicamentos ou a própria relação com os profissionais de saúde. Este desencontro resulta, pois, num acumular de factores condicionantes que impedem que o migrante cuide da sua saúde, tanto preventiva como curativamente. Este aspecto é de especial importância na área da Saúde Materna e Infantil, onde a aculturação e o confronto de migrantes com o Sistema Nacional de Saúde, e, em particular, com os profissionais de saúde, poderá ter consequências graves na saúde da mãe e da criança.

A especificidade da migração na Saúde Materna e Infantil encontra-se nos diversos factores que podem influenciar negativamente um processo que, por si só, assume um carácter complexo e de adaptação, a maternidade. O acto de ser mãe constitui um fenómeno que apresenta tanto de belo como de assustador, sendo, na maioria das sociedades tradicionais, o expoente máximo de satisfação da mulher, a resposta ao que é esperado dela enquanto Ser capaz de gerar uma vida. Nestas culturas, o acto de ser mãe é realizado muito precocemente no ciclo de vida da mulher, facto pouco comum (e aceitável) nas sociedades ocidentais. Por outro lado, como afirma Ramos (2009):

A gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança são, ainda, nas sociedades tradicionais, de onde são originárias muitas mulheres migrantes, rodeados de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e nos cuidados à mãe e à criança (p.9).

Já na sociedade ocidental, o nascimento é marcado pela solidão e pelo isolamento, onde o individualismo e a solicitação de ser uma boa mãe se encontram sobrevalorizados, com todas as implicações de responsabilidade, de exigência e culpabilidade. É esta dualidade que também é imposta à população migrante, acrescentando mais uma preocupação às inúmeras existentes. Todos os pais querem

fazer bem com os seus filhos, querem proporcionar os melhores cuidados, a melhor educação. Mas numa situação de migração ficam divididos entre o que sempre tiveram como certo e o que agora lhes é apresentado. Como lidar com esta situação? Como é que os profissionais de saúde podem ajudar a valorizar e reforçar o papel parental e o próprio conceito de família da população?

As crianças são particularmente vulneráveis às mudanças nas condições ambientais, sendo a migração o expoente máximo dessas mudanças. Sujeitas a alterações dos espaços que conhece e domina, ao afastamento das pessoas que desde sempre trataram dela e às incertezas e desafios vivenciados pelos seus pais, ela transpõe para a sua saúde essas dificuldades. Em particular a criança é sensível ao estado emocional da sua mãe, sendo reconhecido por todos que o grau de satisfação materna desempenha um papel fundamental no desenvolvimento emocional infantil. A ansiedade e insegurança que a mãe sente resultam da incerteza da escolha entre manter as práticas tradicionais ou optar pelos modelos de saúde da sociedade de acolhimento, considerados frequentemente mais evoluídos e mais correctos. Se o estado emocional da progenitora está alterado, vão existir repercussões directas nas interacções positivas dentro do contexto familiar, e conseqüentemente na condição de saúde da criança. Estas repercussões incidem sobretudo na forma como os pais percebem as necessidades dos seus filhos e as interiorizam, sendo essa percepção influenciada por factores culturais e sociais. Ramos (1999), corrobora esta ideia a afirmar que:

Um número importante de mães tem dificuldade em encontrar e desempenhar com 'segurança' os gestos necessários a prestar aos seus filhos, divididas entre o saber e hábitos tradicionais de educação, transmitidos nos seio das suas famílias, de geração em geração, considerados como 'ultrapassados', e as práticas ditas 'modernas' que lhes são sugeridas ou impostas... quando a mãe se encontra insegura e em conflito quanto aos comportamentos e práticas a adoptar, a ansiedade que daí resulta não deixará de ter influência na sua relação com a criança e no desenvolvimento da sua personalidade (p. 321).

Torna-se, pois, evidente que as mães são fortemente influenciadas pela sociedade de acolhimento e essa influência é mais notória se existir uma rotura com as tradições do país de origem e se o suporte destas famílias for fraco. Todos os pais querem o melhor para os seus filhos. Lynam (1985) na sua investigação refere que as fontes de suporte

das mães podem ser agrupadas em três categorias principais: pessoas próximas (familiares e pessoas de contacto diário), pessoas do meio (parte da comunidade étnica e/ou religiosa com valores culturais comuns) e estranhos (agências e instituições). Ao cuidar destas crianças e das suas famílias é fundamental ter este conceito presente. A abordagem inicial feita por estas mães no cuidado aos seus filhos fundamenta-se inicialmente nos familiares e nas pessoas que conhece, as quais lhes transmitem os seus conhecimentos e encaminham para práticas diferentes das preconizadas pela sociedade de acolhimento. Este hiato entre o que as mães consideram como certo, entre o que os familiares ensinam e entre o que os profissionais de saúde defendem está na origem de vários desentendimentos e conflitos. Uma das formas de suplantar estas diferenças está no conhecimento do contexto cultural, das experiências de vida destas famílias, no interesse pelos outros, que inevitavelmente conduzem ao respeito e a aceitação de práticas diferentes e ao fortalecimento das redes de suporte formais e dos laços afectivos. Esta proximidade permite que o migrante se sinta confortável na procura de ajuda e que recorra aos serviços de saúde com maior confiança.

É inegável, que em contexto de doença, sobretudo em casos de crianças que nascem prematuramente e se encontram muitas vezes em risco de vida, a segurança e a confiança que os pais depositam nos profissionais seja correspondida em forma de respeito, verdade, competência e empatia.

Nas Unidades de Neonatologia o grande aparato de equipamento e a existência de pessoal especializado que lida diariamente com a vida, faz com que os pais se demitam da sua função de pais, relegando para os profissionais a função de cuidadores e principais responsáveis pelo bebé. O valor que dão ao bebé acabado de nascer sobrepõe-se a tudo e confiam de coração aberto nos técnicos. Esta situação é particularmente notória em famílias migrantes, as quais, pelo desconhecimento e insegurança, têm medo de desenvolver as suas práticas, pensando que podem prejudicar o bebé. Tudo é colocado em causa... a colocação de uma estampa de um santo, um terço ou um simples boneco, necessitam de aprovação, de consentimento. São práticas repensadas, discutidas e frequentemente canceladas, sobrepondo-se

sempre o que os profissionais ensinam e sugerem. Deste modo, estas famílias desvalorizam-se, anulando as suas certezas e colocando-se permanentemente em causa. A vulnerabilidade acrescida dos pais faz com que os cuidados passem a ser prestados pelos técnicos de saúde, sujeitos à pressão do modelo cultural da sociedade receptora. Analisando as causas desta vulnerabilidade compreendemos que existem diversos factores tais como, falta de experiência, afastamento dos modelos tradicionais de cuidar e sobretudo a falta de redes familiares e de amigos que orientem estas famílias. Esta constatação é bastante evidente no serviço onde exerço a minha actividade profissional, onde várias famílias migrantes oriundas de diferentes países, co-existem e apresentam diferentes posturas relativamente às práticas do cuidar, mas as mesmas preocupações e os mesmos conflitos.

As práticas do cuidar são diferentes na sua essência, sendo evidente que as populações africanas e asiáticas se apoiam muito nos seus familiares. Particularmente as mães assimilam as orientações e a experiência das mulheres mais velhas e recorrem a elas em situação de doença, procurando conciliar os ensinamentos tradicionais com o que lhes é ensinado na sociedade de acolhimento. Por outro lado, as famílias que vêm de países do Leste integram as recomendações dadas pelos técnicos. Estas diferentes práticas impõem aos profissionais de saúde conhecimentos relativamente à cultura destas famílias, mas também uma flexibilidade e uma adequação de cuidados, os quais devem ser prestados de forma individualizada.

Um dos principais problemas que temos que ultrapassar é a língua. Este aspecto reveste-se de particular relevância pois as dificuldades de comunicação impedem que estas populações compreendam de forma correcta a informação que lhes é dada e, simultaneamente, que nós compreendamos as suas práticas e as suas dúvidas. O recurso a tradutores e a mediadores culturais parece ser uma opção válida, aproximando técnicos e famílias, proporcionando um trabalho de parceria no cuidar do bebé. No entanto, considero que a incompreensão e o desencontro entre as famílias e os profissionais não podem ser resolvidos apenas com a utilização de tradutores formais, por vezes desconhecidos da família, sem qualquer tipo de laços afectivos ou competências no âmbito da saúde, num desrespeito evidente pela

situação em que estes pais se encontram. A transmissão e partilha de informação impõem a existência de uma relação empática e de ajuda, no sentido de promover a expressão de sentimentos, de dúvidas e de preocupações, não se devendo reduzir à tradução literal de palavras, mas sobretudo dando significado e conteúdo às mesmas. Outro aspecto que sobressai na unidade onde exerço funções é a promoção da partilha das vivências entre mães que se encontram na mesma situação. O encorajamento desta partilha permite que as mães não se sintam sozinhas, que possam expressar os seus sentimentos, recorrendo por vezes, a outras mulheres que falam a mesma língua, possibilitando um diálogo sincero, aberto e não limitativo. O recurso a estas tradutoras informais facilita a comunicação com os próprios profissionais de saúde, valorizando a sua cultura, o seu papel de pais e diminuindo o afastamento causado por barreiras linguísticas. Constato, frequentemente, que os pais têm receio de falar, de perguntar, com medo de serem mal entendidos e de estarem a pôr em causa os cuidados que estão a ser prestados ao seu filho. Fernandes, Pereira e Oliveira (2007, p. 166) referem que a questão da língua reveste-se de extrema importância podendo “prolongar os obstáculos (...) à comunicação com o profissional de saúde”. Com efeito, nas Unidades de Neonatologia, onde a situação clínica muda rapidamente, a comunicação clara e objectiva é fundamental, mantendo os pais informados sobre os avanços e recuos do seu bebé, permitindo que estes acompanhem a evolução e integrando-os precocemente nos cuidados ao mesmo. Este é um passo fundamental no reconhecimento dos próprios pais como principais prestadores de cuidados e como peritos do seu filho. É importante que os pais valorizem o seu papel, que compreendam que apesar de estarem numa cultura diferente e de se encontrarem num processo adaptativo, apresentam forças válidas e positivas que são essenciais para o processo de desenvolvimento e de recuperação do seu bebé. Fragilizados neste processo de doença, de novas responsabilidades e de aculturação, os pais devem ser incentivados a encontrarem forças na sua cultura, baseando-se naquilo que conhecem, naquilo que acreditam, naquilo que constitui a sua essência individual e familiar. Isto constitui a ideia central de respeito pelo Outro. É natural a existência de sentimentos ambivalentes neste complexo processo de parentalidade, onde a tentativa e o erro estão presentes e fazem parte desta

caminhada. Ao permitir que os técnicos de saúde decidam o que é melhor para o seu bebé estes pais estão a anular a suas forças e a depositar noutros o querer fazer bem aos seus filhos, assumindo a sua incapacidade e insegurança. Estas famílias precisam de compreender e interiorizar que estes aspectos estão presentes em todos os pais, e que não devem estar sujeitos à pressão imposta pela sociedade e, frequentemente, por eles próprios no sentido de serem pais perfeitos, sem direito a falhar e sem direito a questionar. Acredito que o profissional de saúde tem aqui um papel de relevo valorizando as opiniões destas famílias, ouvindo os seus contributos, num processo contínuo de parceria no cuidar.

A todas estas dificuldades acrescem, ainda, impedimentos burocráticos e o próprio desconhecimento dos profissionais sobre os direitos dos pais dos bebés que estão internados. O conhecimento do contexto cultural de cada família é fundamental para um cuidar holístico, valorizando a relação que estabelecemos com cada elemento, demonstrando estar disponível para abordar assuntos que vão para além da situação clínica do bebé, mas que são igualmente importantes para a estabilidade e consolidação da unidade familiar. Detentor de saberes e competências, o profissional de saúde deve ir além do seu próprio contexto cultural, focalizando-se no binómio pais-criança, ajudando-o no processo de desorganização que se encontra a vivenciar, fundamental para um futuro ajustamento, no sentido de contribuir para uma unidade familiar funcional e cuidadora.

Na reflexão que fazemos sobre esta temática revela-se essencial o reconhecimento dos nossos próprios preconceitos, identificando aquilo que trazemos para a interacção com estas famílias e o que esperamos delas. As nossas expectativas devem ser direccionadas para o nosso cuidar, não impondo regras nem respostas às famílias e acompanhando progressivamente todo o seu processo de ajustamento. Um exemplo evidente desta realidade é a necessidade imperiosa de um dos elementos trabalhar para garantir o rendimento familiar, dificultando muitas vezes o acompanhamento da criança que está internada no serviço de Neonatologia, por vezes por tempo prolongado. Tanto o pai como a mãe podem ser obrigados a trabalhar, demonstrando a vulnerabilidade laboral em que se encontram, procurando um equilíbrio precário

entre o trabalho e o papel de pais, não devendo a sua ausência na unidade ser entendida como desinteresse.

Numa análise mais profunda ao fenómeno da migração e ao seu impacto nas famílias migrantes, é fácil de compreender as suas dificuldades na sociedade de acolhimento e a sua vulnerabilidade perante situações de doença que exigem o recurso a pessoas que não conhecem e que, essencialmente, não os compreendem. Na realidade da Neonatologia a fragilidade destes pais é evidenciada pela necessidade de depositar nos outros aquilo que têm de mais precioso – a vida do seu bebé. Enquanto profissionais de saúde devemos ser dignos de receber este bem, esforçando-nos por compreender e aceitar novas realidades e novos desafios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portugal assume-se, nos dias de hoje, como um país que recebe famílias migrantes mas também, que fornece emigrantes para outros países. Estes movimentos migratórios trazem novos desafios aos profissionais de saúde, tanto a nível do próprio conhecimento destas populações e destas famílias, como a nível da própria comunicação e respeito pela cultura, pelas tradições e pelas práticas. O conhecimento das razões da migração, das motivações das pessoas e sobretudo, das necessidades, são essenciais para que estas famílias e crianças, se sintam bem integradas na sociedade de acolhimento, sem terem que renegar os seus hábitos.

Os bebés e as crianças constituem os alvos preferenciais das alterações resultantes da migração para outro país. As alterações da dinâmica familiar, o afastamento de outros membros da família alargada e a própria insegurança das mães que são confrontadas constantemente com novas práticas de cuidados, com novas técnicas e com novos conceitos, que muitas vezes são sobrevalorizados, contribuem para que a saúde destas crianças seja colocada em risco.

A necessidade de apoiar estas famílias torna-se imperiosa quando estamos perante estes bebés. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais estão a surgir cada vez mais famílias oriundas de outros países que, por necessidade ou por opção, têm os seus bebés no nosso país. Muitas dessas famílias foram forçadas a deixar o seu país, sendo notória a pressão exercida por esta mudança nos nascimentos prematuros que ocorrem. Por outro lado, as malformações congénitas que algumas crianças apresentam impõem uma mudança de vida forçada para outro país que lhes permita que tenham um acompanhamento digno.

A construção de uma família em situações adversas como a doença, é uma tarefa difícil, que deve ser acarinhada e suportada. É essencial que os elementos de cada família decidam os valores que querem adoptar, as suas opções, o seu percurso, mas também é importante que os profissionais de saúde que assistem à construção das famílias, ou por vezes à sua reconstrução, forneçam elementos que promovam a segurança e a estabilidade destas famílias.

A consciencialização de que o bebé e a família são unidades estruturais fundamentais de qualquer sociedade foi uma constante ao longo da pós-graduação e uma premissa que pretendo manter na minha vida. O valor atribuído ao bebé, pela sua capacidade de alterar uma família, pela perspectiva de futuro, é ainda muito subestimada, parecendo que nos recusamos continuamente a acreditar que um ser tão pequeno possa exercer uma influência tão grande nas nossas vidas. Os vários módulos da formação tornaram esta realidade bem visível, permitindo uma interiorização da necessidade de acompanhar este início de (re)construção familiar através do saber ouvir, do estar presente, do estar disponível, do descobrir o que é realmente importante.

A escolha da temática da família para a realização desta reflexão mais alargada foi consciente e propositada. A minha prática profissional tem sido desde sempre desenvolvida na área da pediatria e nos últimos anos na vertente da neonatologia. Particularmente esta última, tem contribuído incondicionalmente na minha formação como profissional, mas sobretudo como pessoa. Assistir a momentos de grande alegria pelo nascimento de um filho, e em seguida a momentos de grande tristeza e incerteza, de angústia, em que toda a família se desestrutura, se divide para depois se voltarem a encontrar em torno de um objectivo comum, o bem-estar e a vida de um bebé, não pára de me espantar e maravilhar.

Esta visão do conceito de família fez-me reflectir sobre a importância que a minha própria família tem para mim. Importância inegável, claro está, mas mais que a minha família nuclear fez-me lembrar a importância que todos os elementos da minha família alargada têm. Paralelamente, o facto de ter também feito um percurso migratório de Moçambique onde nasci, até Portugal permitiu reunir a minha família e partilharmos histórias. Histórias que reflectem os acontecimentos, as razões da migração, as dificuldades, mas também que fazem parte da nossa história como família.

A compreensão da problemática das famílias migrantes contribuiu para um cuidar mais abrangente, o qual não se restringe à patologia, à vinculação, ao desenvolvimento mas abarca todas estas vertentes, unidas pelo que de mais importante existe: os laços

afectivos de uma família. O cuidar das famílias migrantes que estão internadas no local onde trabalho implica, após esta reflexão, um conhecimento profundo e isento dos seus valores e das suas práticas, procurando não modificá-las, mas respeitá-las e adaptá-las a uma nova realidade. Mais do que este conhecimento aprofundado é a necessidade de reconhecimento de que só um trabalho em equipa permitirá uma consolidação destas famílias e o seu desenvolvimento enquanto unidade fundamental de uma sociedade. O conhecimento do outro enquanto ser único, contextualizando-o no seu meio cultural, é fundamental, tendo a sua expressão máxima na formação de equipas que conhecem a língua, os costumes e as terapêuticas alternativas que caracterizam estas famílias. Constatamos frequentemente que as famílias migrantes se tornam mais receptivas quando sentem que nos preocupamos com elas, que queremos conhecer os seus costumes. A verbalização destes aspectos permite a entrada num mundo desconhecido por muitos profissionais, mas possibilita sobretudo que os pais se sintam mais próximos desses profissionais, expressando as suas preocupações, não só com o seu bebé, mas também partilhando as suas dificuldades de integração e de adaptação a uma nova realidade.

As famílias migrantes encontram-se fragilizadas por diversos factores. Quer sejam sociais, económicos ou culturais, eles repercutem-se na saúde, condicionando a sua estabilidade. Cabe a cada um de nós, reflectir se queremos ser elementos passivos ou elementos activos, na construção de uma sociedade que se pauta pelo respeito e pela defesa da diferença.

BIBLIOGRAFIA

- Bäckström, B., & Carvalho, A. (2009). Imigração e saúde: o gabinete de saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.
- Dias, C. M., Paixão, E., Branco, M. J., & Falcão, J. M. (2008). A Saúde dos Imigrantes. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006.
- Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(1), 45-55. Acesso em de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10590>
- Fernandes, P., Pereira, R. & Oliveira, J. (2007). A imigração e o acesso à saúde. Boas Práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde. *Revista Migrações*, (1), 161-170.
- Fonseca, M. L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações*, 1(1).
- Gonçalves, A., Dias, Sónia, Luck, Margaret, Fernandes, M. J. & Cabral, Jorge (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 55-64.
- Guerreiro, M. D. D., Torres, A. & Lobo, C. (2007) – Famílias em Mudança: Configurações, valores e processos de recomposição. Capítulo 1. In Guerreiro, Maria das Dores, Anális Torres e Luís Capucha (org.), *Quotidiano e Qualidade de vida, Portugal no Contexto Europeu*, vol. III, CIES, ISCTE- IUL, Celta Editora (pp. 7-38)
- Kane, C. F. (1988). Family social support: toward a conceptual model. *Advanced Nursing Science*. 10. P. 18-25
- Lynam, M.J. (1985). Support networks developed by immigrant women. *Social Science and Medicine*. 21. P. 327-333

- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes.
- Mota, E. L. A., Anamélia Lins e Silva Franco, & Motta, M. C. (1999). *Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pussetti, C., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental. A construção da competência cultural*. ACIDI, IP.
- Ramos, N. (1999). Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. In: Actas do Colóquio Viver (n)a Cidade. Lisboa: [s.r.]; 1990. P.315-325
- Ramos, N. (2010). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 17(1), 1-11.
- Sousa, J. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. ACIDI, IP.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.