



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Diva Thereza dos Santos Pilotto

As vivências de mulheres no cuidado materno

Rio de Janeiro

2009

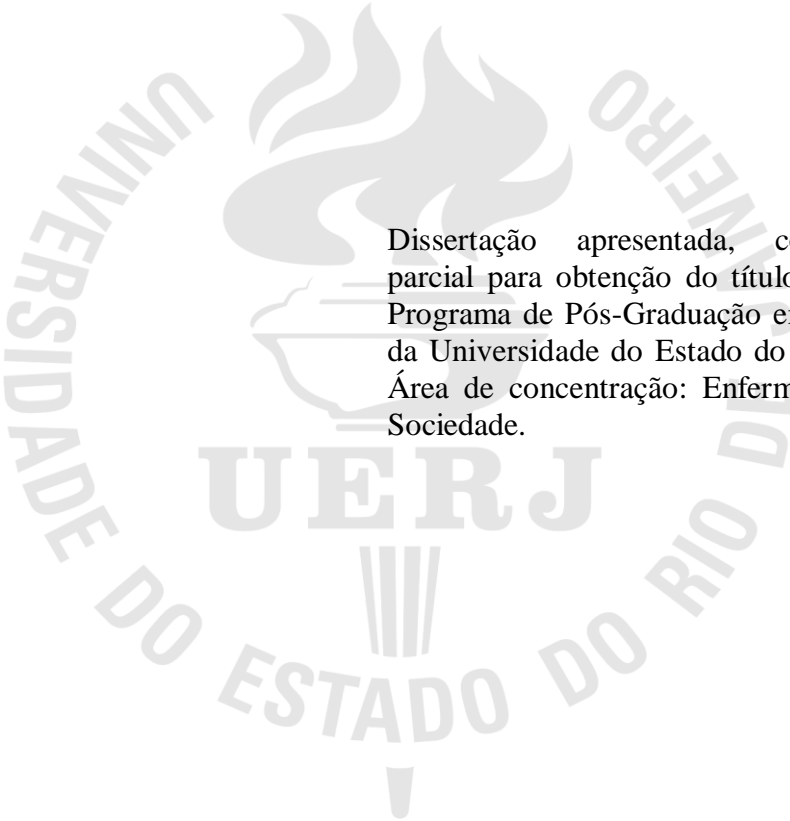
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Diva Thereza dos Santos Pilotto

As vivências de mulheres no cuidado materno



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2009

Diva Thereza dos Santos Pilotto

As vivências de mulheres no cuidado materno

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de março de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Helen Campos Ferreira
Faculdade de Enfermagem da UFF

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Paulo Fernando por todos os momentos de força e incentivo. Sem você eu não conseguiria chegar aonde cheguei.

Aos meus filhos, Beatriz e Henrique e a minha mãe Walkyria, por acreditarem em mim e me apoiarem nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus que permite nos transformarmos em direção ao progresso de nossa existência.

Aos meus familiares que entenderam a minha ausência, neste período em pró deste trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens por caminhar ao meu lado acreditando e acolhendo-me neste desafio. Grata pelo aprendizado e pela amizade.

Às Doutoras Jane Márcia Progianti e Helen Campos Ferreira por todas as contribuições e momentos de apoio neste processo. Aos Doutores Lúcia Helena Garcia Penna e Valdecyr Herdy Alves por aceitarem fazer de bom grado a análise deste trabalho. Muito obrigada.

À minha chefia de enfermagem do HUAP, nas pessoas das Enfermeiras Margareth Mara Mattos Pinto, Rosangela de Oliveira Azevedo e Márcia Marques Paixão que sempre estiveram ao meu lado, investindo no meu potencial e acreditando no meu crescimento profissional. E aos meus colegas de trabalho pelas palavras doces para que mantivesse a perseverança na caminhada. Serei sempre agradecida a todos vocês.

Aos queridos Sérgio e Wilminha pela nossa amizade e dedicação em todos os momentos, que tanto me acalmaram com conselhos e ajuda prestimosa.

Aos colegas da turma de mestrado 2007 em enfermagem da UERJ, a convivência deixará saudades. Em especial a Ricardo José Oliveira Mouta e André Guayanaz Lauriano que estiveram bem próximos no apoio fraterno de cada dia para que este trabalho saísse com êxito. Como foi bom conviver com a juventude experiente de vocês!

Aos professores do Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e do Instituto de Medicina Social da UERJ com carinho ao Prof. Carlos Plastino, registro o quanto aprendi com estas convivências e suas ricas contribuições de reflexão e aprendizagem.

Aos membros da secretária do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Fabíola, Renan e Marcelo sempre prontos a nos auxiliar. Esta é uma arte de poucos.

A todos que facilitaram minha entrada nos locais onde captei as pacientes, sujeitos desta pesquisa: Hospital Universitário Antônio Pedro, Hospital Estadual Azevedo Lima e Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira. Obrigada por tudo.

Às mulheres que confiaram em mim e falaram de suas vivências neste momento tão especial de suas vidas, meu sincero agradecimento.

Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos. **As vivências de mulheres no cuidado materno**. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa que teve como objeto as vivências de mulheres acerca do cuidado materno no espaço do Alojamento Conjunto. Teve como objetivos: descrever as vivências da mulher em relação ao cuidado materno no espaço do Alojamento Conjunto, e analisar o Alojamento Conjunto como espaço de cuidado. O estudo baseou-se nos conceitos winnicottianos de *holding handling* e *object-presenting* que implicam ser a mulher “mãe suficientemente boa” para cuidar de seu filho mesmo que no cenário hospitalar. A pesquisa foi realizada em três maternidades públicas, situadas no município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro. O grupo de informantes constituiu-se de 18 mulheres-mães, maiores de 18 anos, que estiveram internadas nos setores de Alojamento Conjunto das referidas maternidades no primeiro semestre de 2008. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, segundo roteiro pré-estabelecido, realizadas nos domicílios e em datas determinadas, por escolha das mulheres. Para tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). A análise dos depoimentos propiciou a identificação de três categorias: “descobrir o *holding* (sustentação) materno”; “identificando o *handling* (manejo) materno na vivência das mulheres” e “conhecendo o *object-presenting*”. Evidenciou-se que, embora as mulheres se mostrassem disponíveis para o cuidado materno como *mães suficientemente boas*, o ambiente do Alojamento Conjunto não se mostrou favorável para propiciar este cuidado. As mulheres sentiam-se abandonadas neste espaço de cuidados, não obtendo ajuda efetiva (apoio e cuidados) por parte dos profissionais que lá atuavam condição fundamental para o cuidado materno. Além disso, a ausência do acompanhante em algumas destas maternidades, deixava as mulheres ainda mais sozinhas no cuidar de seus filhos.

Palavras-chave: Alojamento conjunto. Cuidados de Enfermagem. Período pós-parto.

ABSTRACT

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos. **How women experience maternal care**. 2009. 101 f. Dissertation (Master of Sciences, Nursing) – Nursing School, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

This exploratory, descriptive and qualitative study aimed (1) to assess how mothers considered providing their maternal care in a rooming-in environment and (2) to explore the rooming-in itself as a place of care. This study was based on the winnicottian concepts of *holding*, *handling*, and *object-presenting* that imply that a mother is a “good-enough mother” even in the hospital scenery. The study group was composed of 18 mothers above 18 years-old, admitted in rooming-in sectors in three public maternity hospitals in the Niterói and Rio de Janeiro municipalities in the first semester of 2008. Data were gathered through domiciliary semi-structured interviews, pre-scheduled on days chosen by the mothers themselves. The raw data were treated according to the content analysis proposed by Bardin (2004). Analysis of the mothers’ accounts allowed us to identify three categories of perceptions: finding the maternal *holding*; identifying the maternal *handling* in the women whole experience; and knowing the *object-presenting*. It was shown that, although the mothers committed themselves to the maternal care as *good-enough mothers*, the rooming-in environment did not encourage this kind of care. Women felt deserted in that place of care, and were unable to get effective help (support, care, key factors for maternal care) from professionals working there. In addition, the interdiction of escorts from family in some hospitals left the women even more solitary in the caring for their babies.

Key words: rooming-in, nursing care, post-delivery period.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
GTIAM	Grupo Técnico de Incentivo ao Aleitamento Materno
HEAL	Hospital Estadual Azevedo Lima
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
MMARVF	Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira
MS	Ministério da Saúde
PMP	Preocupação Materna Primária
RN	Recém Nascido

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.1	O pensamento de Winnicott	20
1.2	A formação de vínculo	24
1.2.1	<u>A construção do cuidado materno</u>	28
1.2.2	<u>Cuidando para a vida</u>	30
1.2.3	<u>Apresentando o ambiente</u>	35
1.3	O Alojamento Conjunto como espaço de expressão do cuidar	38
1.3.1	<u>O Alojamento Conjunto como espaço de cuidados</u>	40
1.3.2	<u>O cuidado profissional da enfermeira e os elementos da rede de apoio</u>	44
1.3.3	<u>Ampliando a assistência e o cuidado</u>	46
2	O CAMINHO METODOLÓGICO	51
3	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS	59
3.1	Descobrimo o <i>holding</i> (sustentação) materno no Alojamento Conjunto ...	59
3.2	Identificando o <i>handling</i> (manejo) materno na vivência das mulheres no Alojamento Conjunto	65
3.3	Conhecendo o <i>object-presenting</i> no Alojamento Conjunto	72
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
	APÊNDICE B – Termos de Autorização para Coleta de Dados	94
	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista	96
	APÊNDICE D – Quadro demonstrativo da construção de categorias	97
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	98
	ANEXO B – Adendo sobre a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	99

ANEXO C – Autorização HEAL para captação das depoentes	100
ANEXO D – Autorização MMARVF para captação das depoentes	101

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Como enfermeira durante muitos anos atuando no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro, o período do pós-parto sempre despertou minha atenção. Contudo, percebia que a assistência que era oferecida pela enfermagem limitava-se a cuidados técnicos específicos de higiene, conforto e procedimentos relativos ao cuidado do corpo para com a mulher (mãe) e seu bebê. Com isso, uma relação restrita se estabelecia, privilegiando a dimensão biológica relativa ao corpo da mulher e afastando sua história de vida. Isto é, o cuidado era tecnicista e a atenção centrada no estabelecimento fisiológico da possibilidade imediata de seu retorno ao lar com seu filho.

Também estive atenta ao distanciamento que este tipo de assistência causava. O espaço do Alojamento Conjunto não era familiar àquela mulher, fazendo com que sua estada ali fosse limitante, no sentido de não se permitir que ela desempenhasse em toda sua plenitude, seu papel materno. A dinâmica assistencial não favorecia os cuidados que as mães desejavam oferecer aos seus filhos, quer por problemas oriundos dos ditames organizacionais quer por situações criadas pela dinâmica assistencial instituída. O cuidado que a mulher fazia com seu filho ficava relegado a um segundo plano, pois a equipe de saúde, sob o manto de “cuidar dela e de seu bebê”, ditava-lhe ordens que gerava alteração na interação mãe-bebê a ponto de, por vezes, criar ansiedade e desejo de alta hospitalar precoce.

Esta situação causava-me desconforto, preocupação e sentimentos que ficavam mais acentuados quando ouvia discursos e via ações autoritárias que, a todo o momento, marcavam um tipo de assistência de enfermagem no espaço do Alojamento Conjunto (AC): assistemático, não holístico e (des) integrador da interação mãe-bebê.

O AC hospitalar vivenciado por mim se enquadra no modelo biomédico (tecnicista) de assistência. Neste, as ações se baseiam no conceito de separação, na hierarquização das ações e no atendimento rígido às rotinas hospitalares instituídas, no qual se evidencia a alienação do corpo da mulher no processo do cuidar, priorizando os atos dos profissionais.

Para este modelo, o corpo feminino é visto como uma máquina imperfeita, separado da mente e dividido em partes, e o bebê como um produto desta máquina. Ele é guiado pela racionalidade científica, mesmo quando as evidências que sustentam o seu modo de cuidar não são confiáveis (Davis-Floyd, 2001). Ao cuidar de mulheres, esta idéia tecnicista considera a gestação, o parto e o pós-parto como processos em que se valoriza o que há de

patológico no corpo, em que se enfatizam as doenças e as intercorrências, e as técnicas intervencionistas são preconizadas e ganham maior importância.

Em minha prática diária, reconhecia que construíamos, com esta forma de cuidar, uma relação cada vez mais desigual e autoritária para com as clientes e suas famílias. Conforme colocam Diniz e Chacham (2002), eu sentia que, ao invés de assumirmos “o comando da situação”, teríamos que devolver a estas mulheres o protagonismo de serem agentes ativas neste cenário, adotando condutas que trouxessem bem-estar e favorecessem a formação de vínculos entre quem cuida e quem é cuidado.

A principal motivação deste estudo foi buscar um meio de propiciar, neste ambiente específico, no espaço do Alojamento Conjunto, um cuidado humanizado para com a mãe, compatível com este momento crítico da vida da mulher, mas e, sobretudo, permitindo a assunção de sua maternidade. Isto é fundamental no período pós-parto e os profissionais devem estar atentos a proporcionar que ela desabroche para a maternidade sem medos, sem limites e relacionando-se com autenticidade com seu filho.

Para estudar as mulheres-mães no período do pós-parto imediato recorri a Winnicott (2000 a), pediatra e psicanalista britânico foi um dos primeiros estudiosos a compreender a existência nas mulheres, durante este período, de um estado psíquico particular o qual denominou de “Preocupação Materna Primária”. Este é um estado em que, não havendo a presença da criança, a mulher poderia ser entendida como “estar passando por uma autêntica doença mental”, devido à importância que ela oferece à prole, em detrimento de sua própria existência.

Para Winnicott (2006) não é uma preocupação, mas sim uma “ocupação primordial”, uma “primeira ocupação”, uma “dedicação exclusiva” como dizem alguns tradutores portugueses. Este estado dá a mãe “habilidade especial de fazer a coisa certa”. Ela está perceptiva e sabe o que o bebê está sentindo e apenas “ela” sabe disso. O mesmo autor acrescenta que “médicos e enfermeiras podem querer saber, mas estes estão fora da área de experiência”. Sendo assim, a mulher, em seu pós-parto, precisa viver este estado com tranquilidade e desempenhá-lo adequadamente, como lhe aprouver. Contudo, é interessante notar que este estado de “exclusividade materna” se desenvolve no espaço do Alojamento Conjunto onde, no contexto atual da assistência, temos provocado sucessivos rompimentos dessa “dedicação exclusiva”.

A equipe de saúde cobra atitudes dessa mãe e comportamentos que ela ainda não amadureceu ou que ainda não experienciou. O lidar adequado com o bebê implica em dar a

ela um ambiente de suporte de suas necessidades e anseios que a torne suficientemente capaz de reconhecer-se apta para cuidar e entender as necessidades de seus filhos.

Nos estudos deste psicanalista tudo que se desenrola no nascimento e depois dele tem por base processos naturais e o melhor que os profissionais podem fazer é respeitar e facilitar esses processos. A mãe saudável não é uma paciente, mas uma pessoa sadia, com capacidade de tomar suas próprias decisões e capaz de parir sem intercorrências. Entretanto, percebe-se que com os avanços tecnológicos, a mulher-mãe tem sido assistida de modo fragmentado. Diz-se que ela necessita de especialistas que a veem sob riscos constantes de danos à saúde e provocadora de agravos à saúde de seu filho, inabilitando-a para cuidar dele. Portanto, é necessário estudar o modo pelo qual vivem e aprendem com sua própria experiência - o cuidar de seus bebês.

No cenário hospitalar, a forma tecnicista e medicalizada de cuidar induzem-nos a despejar saberes dominadores sobre as mulheres, fazendo com que estas se desinteressem pelas informações e orientações dadas compulsivamente pelos que a cuidam. Isto dá origem a um convívio que gera relações assimétricas de poder e, como nos diz Seibert et al (2005), incapacita as mulheres de decidir sobre o cuidado com a sua própria vida.

Porém, a partir das décadas de 70 e 80, verificou-se uma movimentação social das mulheres em busca dos seus direitos à saúde e à vida. Não apenas no Brasil, mas em todo o mundo ocidental o movimento feminista estreitou seus laços com a sociedade, buscando, entre outras coisas, o respeito ao reconhecimento da posição da mulher na sociedade, o questionamento do poder médico sobre o corpo feminino e a falta de assistência nas unidades de saúde. Apresentava-se uma nova forma de cuidar, que resgatava a mulher mediante a (re) apropriação de seu corpo, onde o protagonista deixava de ser o profissional, na qual se buscava uma relação de respeito e reverência ao feminino. O olhar pré-concebido sobre a mulher, segundo o qual seu corpo seria por definição: frágil, imperfeito, inadequado, ameaçador, não saudável e sempre dependente, não cabia mais. Tratava-se de uma mudança profunda da cultura ditada em nossa sociedade (BOARETTO, 2003).

Diniz (2001) comenta que, a partir de 1979, profissionais coordenados por obstetras começaram a trabalhar em revisões, busca de eficácia e segurança de procedimentos, que após avaliados chegou-se à conclusão de que existem práticas ineficazes, levando, em geral, a intervenções desnecessárias no parto e nascimento e, depois destes, nos espaços de atenção médica-hospitalar, aumentando, por exemplo, os índices de cesarianas em mulheres nulíparas, sem patologias e sem gestações consideradas a termo.

Após a publicação de várias experiências sobre o comportamento materno gerado pela separação mãe-filho, foi publicada em 1983, a resolução nº 18 / do ex- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) dirigida aos hospitais públicos e conveniados que estabelecia normas e tornava obrigatória a permanência do filho ao lado da mãe, 24h por dia, através do sistema de Alojamento Conjunto.

No Brasil, esta corrente ganhou grande expressão política com a edição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Este, em consonância com os princípios da Reforma Sanitária que aconteceria em 1986/1988, volta-se para a assistência à mulher em sua integralidade. Foi o primeiro documento oficial do governo a considerar a mulher dessa maneira, cunhando os princípios de ação política em relação à saúde da mulher, princípios estes que seriam mais tarde reconhecidos como os da humanização (BRASIL, 2001a).

A edição de portarias ministeriais de incentivo à humanização da assistência ao parto e ao nascimento no final da década de 90 veio contribuir como voz política para a ideia de que a forma tecnicista e medicalizada de assistência deveriam ser modificadas, buscando-se um cuidado diferenciado para as mulheres. A humanização deveria nortear os cuidados, dando uma visão de integralidade à assistência obstétrica e incorporando os direitos da mulher sob a forma de diretrizes institucionais (BRASIL, 2001a).

O humanismo deve ser considerado como uma atitude que reforça o valor e a dignidade do ser humano. Humanizar vai além da assistência e do cuidado. Implica em mudanças na atitude e filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano. Deste modo, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, com dignidade e respeito neste momento especial de suas vidas. Todo este cuidado deve ser executado a fim de proporcionar-lhes confiança e tranquilidade para que o vínculo com a mulher seja mais facilitado (BRASIL, 2002)

No ano 2000 o movimento de humanização recebeu um novo rumo através da regulamentação do Programa Nacional da Assistencial Hospitalar (PNHAH) que, posteriormente, foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico – HumanizaSUS (DESLANDES, 2004)

Estes documentos vinham confirmar que a humanização deveria conduzir o cuidado à mulher como uma política pública. É neste contexto que a enfermagem busca estratégias para nortear suas ações atuais. Ainda assim, o modelo biomédico e o modelo humanístico são paradigmas que continuam evidentes no cuidado à mulher ora privilegiando um ora o outro.

Em contraposição ao modelo biomédico, no humanístico o profissional é visto com um cuidador. Ele estabelece uma conexão com o indivíduo como um todo, alia a tecnologia ao cuidado humano, tenta mudar o ambiente hospitalar e flexibilizar as rotinas do serviço prestado. Neste modelo o corpo não é visto como uma máquina e sim como um organismo vivo, vinculado à sua psique e aos seus estados de felicidade e infelicidade, satisfação e insatisfação. O modelo humanístico tem como base a conexão entre corpo e mente e acredita que é impossível tratar sintomas físicos desprezando os seus componentes psíquicos (DAVIS FLOYD, 2001).

Então, o saber profissional que era colocado no topo das relações assistenciais está em situação contrária as características de humanização da assistência, hoje preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Adotar o modelo de humanização para nortear as ações de enfermagem é o desafio que as enfermeiras obstetras vêm buscando vencer, mesmo as que iniciaram sua formação acadêmica sob total influência do modelo biomédico, numa época em que não se discutia outra forma de cuidar.

Precisamos tentar contribuir de forma mais efetiva, conforme destacam Progianti e Vargens (2004), para mudar os atores deste cenário, reforçando a idéia de que a mulher deve se tornar cada vez menos dependente do profissional, este último deve dar-lhe condições de exigir tratamento e assistência respeitosos e democráticos.

Observo no cotidiano hospitalar que os profissionais supõem, de forma muitas vezes inocente e bem intencionada, que proporcionam à mulher e ao seu filho a melhor assistência possível, desconhecendo o envolvimento emocional específico que se estabelece entre a díade no momento do nascimento e pós-parto. Por esse motivo a estratégia da humanização da assistência permite às mulheres e aos profissionais o desenvolvimento de relações menos desiguais e menos autoritárias. Neste sentido, a humanização permite uma reorganização dos serviços de assistência à saúde da mulher, resgatando o respeito à sua condição humana, promovendo um atendimento digno e de qualidade, assumindo sempre a postura de priorizar o direito a uma assistência ao parto e ao nascimento mais bem adaptado à necessidade e à vontade dela (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

É comum o emprego de modos de falar que diminuem a mulher como, por exemplo, referir-se a ela por “mãezinha” ou “querida”. Parece sem importância, mas nestas formas de tratamento está embutida uma negatividade e veladamente revelam quais valores humanos estão prevalecendo: valores que com certeza não são os das mulheres. Precisamos perceber em nossos discursos e ações, quando prestamos cuidados, quão impregnados estamos deste

modo de ser. Há, neste cuidado autoritário, um julgamento sobre o que é certo ou errado, que permanece colocando o profissional de saúde em um plano superior, limitando as possibilidades de ajudar efetivamente a mulher-mãe que ali se encontra.

De acordo com Vieira (2002), a medicalização do corpo feminino privilegia a reprodução desta autoridade, produz a negação de que a mulher tem conhecimento do que lhe ocorre e é sob este prisma ela vem sendo tratada. Conflitos e sofrimentos são gerados a partir daí e isso faz com que o conceito tecnológico construa a modernidade no tratamento às mulheres. Muitas vezes desconhecemos o que constitui um cuidado que respeita quem são, como vivem e o que buscam as pessoas cuidadas. Falo de um cuidado que entenda este momento (pós-parto) como uma experiência para toda a vida.

O cuidado construído, ou a percepção que a mulher tem dele, pode não corresponder às suas necessidades naquele momento. Reconhecer que as crenças e costumes, hábitos e valores têm importância na construção do eu (mãe) e considerar a influência direta da cultura na trajetória de vida dos indivíduos (mulher) a faz um ser humano pronto para vivenciar o estado de preocupação materna primária. Porém, é necessário também a escuta sensível, valorizando de forma especial um aspecto único deste momento: ao cuidarmos da mãe que assiste ao seu bebê, estamos cuidando de quem cuida.

O cuidar de seres humanos é mais que um ato, segundo Boff (2004, p. 33), “o cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”. Para a manutenção da espécie humana o cuidado é essencial. Porém, o nosso modo de olhar e agir, poluído pela racionalidade biomédica, vem conduzindo nossas vontades e desejos para caminhos distantes da natureza, construindo uma “ciência” influenciada por interesses e opções que não são as necessárias e verdadeiras para o desenvolvimento da ciência e da vida.

Explorando a cena do nascimento, que no modelo biomédico ecoa como marca psíquica traumática, hoje a mesma cena nos convida a empregar tecnologia não invasiva e potencializadora do cuidado materno. Como a mulher poderá desenvolver seu estado de preocupação materna primária? Como deseja ser cuidada para cuidar, num universo distanciado dos seus saberes e experiências e ainda como oferecer à mulher-mãe um espaço de cuidado que permita o direito de exercer integralmente sua potencialidade ao cuidar de seu bebê? Também busco reflexão sobre o quê, na verdade, interessa à mulher no pós-parto: uma assistência vinculada à sua perspectiva ou à perspectiva do profissional? Inquietação também sentida por Zveiter, Progianti e Vargens (2005). Como entrar no “mundo”, na “cabeça”, no

universo da mulher que acabou de ter seu filho e está num leito hospitalar? O que ela pensa, sente, sonha, deseja? Do que ela gosta, precisa ou acredita que precisa? Será que suas expectativas e possibilidades em cuidar do filho estão sendo alcançadas?

Entender este mundo me possibilitará contraposição ao modelo tecnicista. As idéias de cuidado humanizado estão centradas na mulher e não nas regras pré-estabelecidas pelo modelo biomédico. Portanto, pensei poder encontrar, através de suas vivências, possibilidades de (re) configuração do espaço do Alojamento Conjunto com reflexões e evidências científicas a cerca da necessidade de se (re) desenhar a prática assistencial que ali se desenvolve. Neste sentido, minha ação investigativa foi: Como as mulheres vivenciaram o cuidar materno no espaço do Alojamento Conjunto?

No evento do nascimento e pós-parto imediato, o cuidado profissional deve funcionar como um facilitador do desenvolvimento do cuidado materno (ZVEITER; PROGIANTI; VARGENS, 2005). No entanto, a pretensão de conscientizar, orientar e incentivar as mulheres com nossos conhecimentos técnico-científicos pode não funcionar como colaboração. O resultado desta intervenção, mediante educação em saúde, pode dificultar o cuidado materno nas primeiras horas, por conta do desejo da mulher de “ter exclusividade” a respeito de cuidar de seu filho.

O ambiente hospitalar, com suas regras rígidas e intervencionistas, pode ser talvez aquilo que a mulher naquele momento não gostaria de vivenciar, mas que não pode subtrair já que não lhe é oferecida nenhuma alternativa. Pelo contrário, ela é levada a acreditar que se não for para um hospital parir estará pondo em risco a vida do filho ou a sua própria vida.

Ao refletir sobre minha própria experiência como cuidadora de mulheres no espaço do Alojamento Conjunto e sobre o contexto em que esta prática se concretiza, delimito como **objeto** desta pesquisa: **as vivências de mulheres em relação ao cuidar de seus filhos no espaço do Alojamento Conjunto.**

Assim, as questões que nortearam este estudo foram: Como foi vivenciar o espaço de cuidar do AC? Existem agentes facilitadores para o desenvolvimento do cuidado materno? Quais agentes que dificultam esse cuidado?

Compartilhando das idéias de Winnicott (2006), minha inquietude me levou a idealizar o Alojamento Conjunto como um espaço do cuidado à mulher que permita desenvolver sua potencialidade materna a fim de construir sua interação e vínculo com seu bebê. Para tanto, as vivências das mulheres acerca do espaço do AC poderiam identificar os limites e as

possibilidades que este apresenta a respeito das ações dos profissionais, facilitando o desenvolvimento do estado de Preocupação Materna Primária.

Esta pesquisa tem como objetivos:

- Descrever as vivências da mulher em relação ao cuidado materno no espaço do Alojamento Conjunto.
- Analisar o Alojamento Conjunto como espaço do cuidado materno.

Um estudo desta natureza trará importantes contribuições para a prática do cuidado de enfermagem, entre as quais se destaca o maior respeito às necessidades das mulheres, a fim de que ocorra a melhoria da assistência obstétrica nas maternidades brasileiras.

Acredita-se que esta pesquisa possa vir a ser um instrumento significativo de suporte para a concepção do cuidado como um meio de promoção de vida, e não como uma forma imediata de resolução de problemas.

No campo do ensino de enfermagem, esta pesquisa servirá como importante fonte na elaboração de um processo educativo mais abrangente, que favoreça a compreensão dos cuidados que propiciamos às mulheres sob uma perspectiva inovadora e pertinente ao contexto da humanização. Sua abrangência se dará na geração de futuros profissionais, pois ela torna-se relevante diante de reduzida publicação e abordagem sobre o assunto que aqui se propõe e sobre o qual pouco se tem publicado.

Este estudo encontra-se inserido no Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência, cujos pesquisadores pertencem à Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O pensamento de Winnicott

O psicanalista inglês Donald Woods Winnicott, cujos estudos transitavam da pediatria à psicanálise deu corpo, mediante suas propostas de estreitamento do diálogo de elaborações teóricas e técnicas destas disciplinas com a de outros saberes. Suas idéias vieram influenciar, de modo inovador, as práticas de saúde referentes aos modelos operacionais que envolviam o parto e nascimento. A Teoria do Desenvolvimento Emocional que ele criou se inicia na gestação, passa pelo evento do parto e nascimento e continua no período pós-natal.

O desenvolvimento emocional humano acontece em meio às relações interpessoais. A interação inicial se dá entre a mãe e o bebê, em suas primeiras semanas ou meses de vida e é significativa e preciosa para o resto da vida deste último. Desta interação resultará, ao bebê, sua maneira única de relacionar-se com seu mundo interior, com as demais pessoas e com tudo o que o cerca. A personalidade desta criança, para Winnicott (1993), dependerá deste início: ele entende que uma personalidade saudável decorre da adequação do cuidado materno desde o nascimento.

Winnicott (1990) aborda três perspectivas nas quais o ambiente deve intervir para permitir a maturação do ego da criança. A mãe deve satisfazer as necessidades do bebê; isso se concretiza através do emprego de três funções maternas. São elas:

- O *holding* - modo como a criança é segurada, apoiada, aceita, acolhida.
- O *handling* - maneira como ela é tratada, manipulada, cuidada, manuseada.
- O *object-presenting* - modo de apresentação do objeto.

Ele dedicou-se mais particularmente ao *holding*, pois para ele, a forma física da mãe segurar a criança é a base de todos os aspectos mais complexos em geral. O *holding* tem essencialmente uma função de proteção contra todas as experiências frequentemente angustiantes, que são vividas desde o nascimento, sejam de natureza psicológica, sensorial, ou que elas digam respeito à vivência psíquica do corpo. Ele compreende toda a rotina de cuidados cotidianos que necessitam de uma evolução e de uma adaptação progressiva, na medida em que são dispensáveis, conforme o crescimento da criança. Se o *holding* é

assegurado de modo adequado e regular, o sentimento contínuo de existir do bebê é preservado e a maturação do lactente é então possível.

Estes três processos estão intrincados e participam na constituição do ego do bebê. Permitem também à criança chegar ao que Winnicott (1990) chama de "capacidade de estar só". O autor ainda dividiu a evolução da relação mãe-filho em três fases:

- A fase de "dependência absoluta" dos cuidados maternos corresponde aos "cinco primeiros meses". Nesta fase, a criança está em fusão com sua mãe, e quanto mais esta compreende exatamente as necessidades de seu filho, melhor este se desenvolve.
- A fase de "dependência relativa" estende-se entre o sexto mês e o fim do primeiro ano, ela já está esboçada desde o quarto mês, de modo variável, de acordo com os bebês. É ao longo deste período que a criança diferencia-se progressivamente de sua mãe, ela não espera mais uma compreensão e uma satisfação mágica de suas necessidades por parte da mãe. Torna-se capaz de estabelecer uma relação "objetal" e, por este fato, cabe a ela dar um sinal para chamar sua mãe, é, então, muito importante que esta compreenda a necessidade da criança de manifestar um sinal antes que ela satisfaça sua necessidade. Na fase da dependência relativa, a criança começa a "ser consciente da dependência". A necessidade da mãe torna-se progressivamente consciente, sendo que se desenvolve o início de uma "compreensão intelectual", que vai do simples reflexo condicionado à compreensão da linguagem, passando por todos os níveis intermediários.
- A terceira fase: no início do segundo ano, a criança evolui pouco a pouco para a independência. Ela enfrenta progressivamente o mundo e identifica-se com a sociedade. Paralelamente, desenvolve-se a socialização e a aquisição do senso social.

Em sua obra, Winnicott (1990) analisa o processo de maturação da criança descrevendo a integração do Ego com suas três fases: a primeira organização do Ego; a constituição do *self* e o falso *self*, a inter-relação psicossomática ou a personalização; a relação do objeto. Também foi ele que introduziu o conceito de objeto transicional em um artigo publicado em 1953, "Objetos transicionais e fenômenos transicionais". Nele, insistia na existência habitual, na criança de quatro a doze meses, de um objeto eletivo (lenço, guardanapo, ponta de lençol ou de travesseiro...) que a criança aperta contra si ou suga, especialmente quando adormece. Esse fenômeno, completamente normal, lhe permitiria passar do subjetivo para o objetivo, realizando a primeira transição entre a relação oral com a mãe e a verdadeira "relação de objeto".

Depois de uma fase em que a criança teve a ilusão de ser onipotente, de criar os objetos de suas necessidades, de ser uma só com a mãe, a criança descobre, pouco a pouco, que ela e sua mãe são separadas e que a fantasia não corresponde à realidade. É para enfrentar esta situação que a criança envolve-se com os objetos e relações transicionais. Os objetos transicionais ocupam um lugar intermediário entre a realidade interna e a realidade externa.

Eles são a ponte e um caminho para o mundo exterior.

Winnicott (2000) criou os conceitos de fenômeno e objeto transicionais para compreender o processo de transição da dependência absoluta da criança em relação à mãe à conquista de uma relativa independência (onde a figura materna se localiza além do controle onipotente). Um processo que não se dá através de um desenvolvimento linear, com a superação de estágios gradualmente mais complexos, mas por meio de um processo sistêmico, relacional, de combinações inclusivas.

Os fenômenos e os objetos transicionais persistem ao longo de toda a vida. Winnicott (1990) diz que todas as atividades humanas, como arte, religião, atividades lúdicas, conhecimento da realidade, ciência, podem passar por fenômenos transicionais; ou seja, passam de um conhecimento ilusório para um conhecimento cada vez mais realístico.

Ainda acrescenta o conceito de capacidade criativa. Na intimidade do Eu, do si mesmo, num lugar nunca totalmente revelado, localiza-se o cerne da existência humana, cerne que buscará sempre um senso de continuidade a ser mantido através das mudanças e variações do ambiente em volta. Em princípio, a sustentação desta continuidade é dada pelo cuidado materno, que, quando bem realizado, dá à criança a ilusão de que o mundo foi criado por ela.

A capacidade criativa será a raiz que irá permitir, mais tarde, que a criança possa sustentar-se por si mesma e que sejam suportáveis as desilusões e o reconhecimento de uma potência limitada, substituindo o sentimento de onipotência original. Tal capacidade é o instrumento que permitirá uma adaptação não submissa do indivíduo ao meio, permitindo-lhe manter o sentimento de ser a si mesmo nas interações com o mundo. Winnicott (2000) enfatiza o aspecto criativo da experiência do viver, apontando seu lugar: o espaço potencial, herdeiro desta relação básica original, ocorrida antes que este bebê descobrisse que não era o centro do universo, e que fornece, quando existente, os alicerces para um desenvolvimento saudável.

Esta conquista tem como resultante a ação criativa, que transparece o que ele chama de “gesto espontâneo”, gesto que surge como um movimento pessoal expansivo, inicialmente

dirigido ao objeto subjetivo e depois ao outro, objetivamente percebido. Um gesto modulado pelas circunstâncias que o cercam, promotor de vida.

À mulher que consegue adaptar-se às necessidades do desenvolvimento de seu filho, Winnicott (2000) dá o nome de “mãe suficientemente boa”. Para ele, a maior parte das mães consegue estar pronta para parir e receber seu filho. Porém, ressalta que há um acúmulo de experiências pessoais que esta mulher carrega em si mesma que a tornará “um bom ambiente” receptor para aquele que virá ao mundo. Esse termo nos faz entender que pode ocorrer um “mau ambiente” que pode ser expressado pelo medo, ansiedade, angústia que ela admite vivenciar pelo fato de vir a ser mãe. Contudo, ocorrem naturalmente situações que podem ser tomadas pela mãe como uma indicação orientadora de suas futuras ações, buscando se tornar “um bom ambiente” para seu bebê.

Segundo este autor a função materna acontece porque a mãe encontra-se num estado psicológico especial, a que se denomina “preocupação materna primária”. Esse período sensível se estende por algumas semanas após o parto e favorece a identificação da mãe com o bebê, facilitando o atendimento adequado de suas necessidades. A base desta identificação materna repousa nas experiências anteriores da mãe que, afinal, já foi bebê um dia, ou na tradição familiar que a conforma com padrões culturais aceitos e por ela assumidos.

O conceito de *mãe suficientemente boa* vincula-se à idéia de meio ambiente, sendo a mãe, neste começo de começo, o representante deste ambiente para o bebê. O crescimento emocional, que tem início nos primeiros instantes de vida, tem caráter contínuo e requer a participação efetiva deste ambiente (mãe) ao que chamamos de vínculo mãe-bebê. Este depende de um cuidado materno que não agrida o desenvolvimento natural do bebê, especialmente quando a mulher vive o estado de preocupação materna primária.

Para viver este estado especial, a mulher que se encontra em ambiente hospitalar necessita de uma rede de apoio que a substitua em seus afazeres normais que, na época do nascimento de seu filho, ficam relegados em segundo plano, em função da atenção dada a ele. Esta mulher necessita também de uma atenção, de modo satisfatório, que mantenha as condições de segurança necessária tanto à sua saúde como à saúde de seu bebê, que nas palavras de Winnicott (2000) seria a expressão do “sentimento de ser a si mesmo”.

Neste contexto, é possível que os procedimentos empregados pelos profissionais nos modelos adotados de cuidar nas maternidades possam interferir na interação mãe-bebê, sendo possível que o espaço do Alojamento Conjunto constitua, pela natureza das suas ações, um ambiente facilitador ou não do cuidado materno. Contudo, evidências do *holding*, *handling* e

object-presenting estão presentes no desempenho materno, ainda que sob a limitação do espaço temporal (em média 48h) durante a estadia da mulher em maternidades públicas.

Ele apresenta o conceito de que o espaço potencial é o lugar onde ocorre a “comunicação significativa”. Isto é, o vínculo mãe-bebê precisa ocorrer num espaço de cuidado onde haja “uma riqueza e uma facilidade que trazem consigo uma estabilidade flexível a qual damos o nome de saúde”. Ele diz que “é provável que a verdadeira força pertença à experiência do indivíduo através de formas naturais e é isto que esperamos que aconteça às pessoas”. Então, à mulher deveria ser dada voz e possibilidade para que ela demonstre que mãe ela é e com a maternidade como ela irá cuidar do filho.

Para falarmos de coisas naturais nos reportamos ao parto vaginal e parto natural, onde a fisiologia feminina comanda o processo do nascimento, no qual mãe e bebê decidem como será e em que momento se dará o parto e nascimento. No parto cesáreo ou cirúrgico, se sob indicação adequada, variáveis externas ao “ambiente mãe” agirão para que ela não se sinta “suficientemente boa” para parir e sem ter a segurança de sentir-se a “si mesma”.

A reflexão que se propõe é que os profissionais de saúde vislumbrem a fisiologia do parto como o ato de permitir que o ser humano, seja de fato humano. Isto é: permitir que a natureza da espécie se ponha para vir ao mundo como e quando deseja. Ficamos tão distanciados desta postura que a estratégia de humanizar o parto se relaciona ao processo de humanização do parto, entendendo que este último resgata o respeito às forças naturais que assegurem o início do desenvolvimento emocional com o mínimo de traumas e transtornos.

1.2 A formação de vínculo

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, mas vai-se construindo por meio de interações sucessivas. Por isso, quanto mais oportunidades de interação há entre mãe e bebê, no ambiente hospitalar, maiores são as chances de favorecer este vínculo. Mantê-los juntos e tratá-los com atenção, cidadania, respeito e carinho, desde o nascimento, reforça uma resposta mais adequada às necessidades de ambos. Acredito que se oferecermos condições para que essa mulher se torne uma mãe “suficiente boa” no espaço do AC, vamos permitir que crianças cresçam e amadureçam sem transtornos.

Fortalecendo este pensamento, Jones (2007) destaca que nossa sociedade vem se dando conta de que o modelo tecnicista existente não mais oferece a promoção da qualidade de vida que as mulheres exigem. Contudo, aqueles que pensam o nascimento sob uma perspectiva humanista sabem que as rotinas, de qualquer centro obstétrico do mundo, são extremamente duras e invasivas. Essa interferência no processo natural pode ter repercussões drásticas no resultado do nascimento, no que diz respeito ao favorecimento dos vínculos do binômio mãe-bebê e no desenvolvimento emocional da criança.

Após o nascimento, a mãe precisa ter ao seu lado o filho, acariciá-lo, oferecer-lhe o seu amor e ter juntado a si e à família um novo ser que inicia sua linha de vida a partir daquilo que ela intermédia com o mundo. Então, torna-se necessário um espaço de cuidado destinado a ela e a seu filho que possa oferecer experiência materna positiva, espontaneidade de ações e expressão de seu modo de cuidar. Mesmo que este modo esteja carregado de inseguranças e inadequações.

Quando tudo corre bem, a mãe está saudável, a equipe de saúde cumpriu seu papel facilitador e o nascimento pode tornar-se este momento mágico de encontro e comunicação. Nas primeiras horas após o parto, o bebê nascido em boas condições (a termo, sem problemas de saúde) está num estado muito especial de alerta, que lhe permite estabelecer um contato íntimo e uma espécie de boas vindas ao mundo. O encontro através do olhar, do toque carinhoso e de palavras amorosas traduz a boa qualidade da acolhida ao bebê ao seu novo mundo, Braselton (1988). Um novo mundo, diferente daquele que o bebê tem lembrança e que estava acostumado.

Conforme diz Oliveira (2001), quando se acaricia com suavidade o corpo do bebê, embalando-o delicadamente e com prazer, transmitimos a idéia de que existem coisas boas neste mundo, parecidas com as do mundo intra-uterino.

Pensando em um local apropriado, no qual a mulher e a sua família possam envolver-se no processo de parentalidade¹ e onde possam ter início a formação de vínculos, percebe-se quão distante está o sistema hospitalar destas necessidades, uma vez que não faz do nascimento um acontecimento forte e poderoso para o desenvolvimento das relações entre mãe e filho. Assim sendo, é difícil manter uma atmosfera caseira e acolhedora, que oportunize

¹ Martine Lamour e Marthe Barraco (1998) definem a parentalidade como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai, tornar-se mãe e responder às necessidades do seu bebê em três níveis: o do corpo do bebê, o da vida afetiva do bebê e o da vida psíquica do bebê. É um processo de maturação da personalidade.

os laços do apego². Começamos a perceber, como já apontavam os estudos de Brazelton (1988), que devido ao fato de que os profissionais não levam a sério seu papel humanizador nos acontecimentos relativos ao parto e ao nascimento, não se pode criticar a tendência em direção ao parto domiciliar, pois nosso comportamento faz com que as famílias busquem por conta própria o processo de humanização, em casa, distanciando-a daquilo que não é “familiar” num momento tão singular: o nascimento.

Klaus e Kennell (1993) nos aconselham a conceder aos pais um generoso intervalo de tempo para que fiquem juntos, onde quer que estejam, de modo que um vínculo possa ter lugar neste momento emocionante. Encoraja-se o parto sem medicamentos, para que o bebê nasça alerta, com energia e que a mãe também esteja alerta para ser capaz de amamentá-lo, tocá-lo e, com a presença do pai, dar ao casal mais chances de iniciar do melhor modo possível a formação de uma família. Esse compartilhamento sedimenta o que estes pesquisadores chamam de “período sensível para a vinculação”, durante o qual se fortalece na mãe o sentimento de que ela é importante para o seu filho. Nos estudos destes pesquisadores demonstrou-se que os sentimentos amorosos e únicos dos pais para com seus bebês aumentaram depois que puderam ter um momento tranqüilo e privado, juntos.

Segundo Roudinesco e Plon (1998) os conceitos centrais de Winnicott integram um sistema de pensamento fundamentado na noção de relação. O valor atribuído à qualidade da comunicação entre a criança e o ambiente funciona como um fator estrutural para o desenvolvimento do indivíduo. O espaço do AC deveria fomentar atenção multiprofissional de atitudes que o tornasse num local tranqüilo e menos agressivo para o bebê. No espaço público assistencial não se observa um local onde os pais possam estar juntos desde o nascimento até o pós-parto imediato.

É necessário entender as noções de mutualidade e *holding*³ para uma prática de saúde vinculada à dimensão relacional. A compreensão destes conceitos é importante para o acolhimento e suporte aos usuários dos serviços de saúde por aqueles profissionais que cuidam (O'DONNELL 1997).

O conceito de *holding* na teoria de Winnicott está baseado na comunicação primitiva que se estabelece, compreendendo a possibilidade de adequar as respostas maternas (que neste momento constituem todo o ambiente do bebê) às necessidades da criança. A fim de

² O termo apego foi proposto por John Bowlby para definir a necessidade primária de proximidade e de sentimento de segurança da criança pequena em relação aos seus pais.

³ “Uma ampliação abrangente da palavra ‘sustentação’ [holding] permite que este termo descreva tudo o que uma mãe faz no cuidado físico do bebê”.

compreender a comunicação de afeto que se estabelece entre mãe e o bebê, ele formulou a noção de mutualidade, que se dá de maneira diferente para cada um de nós, mas resulta de identificações cruzadas entre mãe e filho. Para a mãe, a trajetória pessoal, familiar e cultural traz elementos de identificação com a condição do bebê e com as suas necessidades. Para o bebê, suas necessidades de cuidado vêm pelas suas características herdadas e tendências inatas de crescimento e desenvolvimento. Estes são os fatores-chave no processo de criação do vínculo.

As condições psicológicas de sustentação no tempo e no espaço – *holding*, (sustentação) expressam-se nas ações de segurar ou sustentar o bebê no sentido do colo físico e psicológico, que protege o bebê das intrusões do mundo externo. O colo materno sustenta, aquece e protege o bebê contra danos reais e fantasiados pela criança, facilitando o processo de integração. O segurar o bebê pegando-o no colo com firmeza, impedindo que caia, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o, pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar seu o processo de maturação emocional.

Quando se pensa na importância que tem o ambiente no começo da vida de um indivíduo, momento entendido aqui como as primeiras 48 horas após o nascimento, passadas no Alojamento Conjunto (AC) em que há uma dependência quase absoluta da mãe, Klaus e Kennell (1993) destacam que as primeiras relações influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo de uma pessoa, tendo o bebê a necessidade de condutas que mantenham o contato corporal: carícias, toques, beijos, abraços, condutas que reforçam o apego e geralmente demonstram a existência de afeto. Estas condutas, quando acontecem num ambiente protetor, facilitam as primeiras interações entre pais e filhos, potencializando a capacidade materna de entender um bebê e interagir com ele.

Sendo assim, nas revisões sobre o assunto, autores como: Bowlby (1990), Soifer (1980), Spitz (1979), Braselton (1988), Klaus e Kennell (1993) e Maldonado (1993) entendem que o período pós-parto é sensível, facilitador da formação de vínculos mãe-bebê, e nas primeiras horas e dias após o parto ele tem especial importância na qualidade e na quantidade dos contatos entre a díade (mãe-bebê). A mãe representa, neste momento do nascimento, uma entidade essencial para a construção da vida psíquica do bebê, que necessita ter um espaço suficientemente bom, para suportar os percalços do nascer. Neste caso, o ambiente que pode permitir a mãe “a expressão de si mesma” de atuar com facilidade no estado de “preocupação materna primária seria o AC”.

Na qualidade de enfermeiros obstétricos temos que favorecer este estado, buscando reconhecer as expressões de sua efetividade e de falhas, a fim de orientarmos e promovermos a saúde materna no sentido que ela recupere ou estabeleça seu estado de preocupação materna primária.

1.2.1 A construção do cuidado materno

Toda mulher que tem um filho desenvolve a preocupação materna primária e isto não se trata de uma preocupação qualquer, mas sim de uma preocupação específica da mãe para com o bebê, para que este tenha suas necessidades atendidas, quaisquer que sejam, e para que se desenvolva de forma saudável. Isso dá a mulher uma condição especial, ou melhor, uma habilidade especial de cuidar fazendo o bem, fazendo a coisa certa. Ela tem condição de saber como o bebê está se sentindo, condição singular sua e de mais ninguém (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982).

Entretanto, não se pode deixar claro que a mulher que se torna mãe carrega consigo um constructo cultural que foi adquirido pelos padrões familiares, pela história de vida e por experiências retiradas de seu modelo existencial.

Winnicott, ao observar a existência de um estado psíquico particular nas mulheres após o parto, o chamou de *Preocupação Materna Primária*. Uma fase de sensibilidade muito especial da mãe, que se exacerba durante e principalmente ao final da gravidez (nas poucas semanas que precedem o parto) e nas semanas que se seguem imediatamente ao nascimento do bebê. Caracteriza-se por uma extrema sensibilidade a todos os sinais e manifestações do bebê, a ponto de se afastar de todos os seus demais interesses, pessoais, sociais e outros. A mãe é capaz de captar e decodificar esses sinais, interpretando com grande eficácia o que seu bebê deseja e como fazer para agradá-lo.

Não é freqüente que as mães, neste estado, apresentem súbita ejeção de leite, molhando as vestes, ou projetando o leite à distância, quando despidas, ao simples ouvir do choro do bebê, em outra dependência da casa. Dificilmente as mães relembram este período, depois que o ultrapassaram. Para desenvolver e manter este estado, a mãe precisa de apoio afetivo e de ambiente protetor. Esta preocupação materna primária e a contínua

disponibilidade da mãe para o seu bebê são fatores decisivos para a formação do vínculo entre ambos.

Outros autores tais como: Soifer (1980), Langer (1986), Cramer e Palacio-Espasa (1993) também sugerem em seus estudos a existência deste peculiar estado, devendo a mulher ter saúde suficiente para manter organizada essa condição e recuperar-se gradualmente dela à medida que o tempo passa e a mãe dá menos atenção ao bebê. Quando a criança se ausenta, por morte ou afastamento, este estado particular pode transformar-se em autêntica patologia mental, numa situação em que o estado materno pode repentinamente revelar-se como uma doença (WINNICOTT, 2006).

Quando tem bom apoio, a mãe é capaz de prover quase exatamente o que o bebê necessita. Assim, no período precoce da vida do bebê, a mãe está totalmente identificada com ele que, por sua vez, depende absolutamente dela, numa época em que mal começa a existir como indivíduo. Trata-se de um estágio muito primordial, e não obstante dotado de extrema sofisticação.

Granato (2000), em seu trabalho, informa outros termos definidos por Winnicott, que podem nos auxiliar a compreender melhor este estado da mãe: a expressão *mãe dedicada comum* sugere naturalidade, espontaneidade e ausência de técnicas sofisticadas de desempenho materno no surgimento deste estado peculiar. A expressão *devoção materna* indica algo como uma dedicação profunda da mãe para com o seu bebê, traduzida por uma adaptação sensível e ativa às necessidades do bebê (saber não intelectual daquilo que o bebê precisa).

Pensar um filho é pensar na figura materna, não existe um sem o outro (WINNICOTT, 1982). O estado emocional da mãe pode estar distorcido pelas dificuldades ambientais, o que a impossibilita da provisão do *holding* e acarreta uma descontinuidade no cuidado que dispensa à criança. E nesta descontinuidade há conseqüentemente um hiato, um espaço em que o bebê se sente desamparado.

Existem mulheres que não conseguem se entregar à *preocupação materna primária*, por estarem preocupadas demais com outros assuntos, passando a compensar seus filhos com mimos, na esperança de repor o que nunca existiu (WINNICOTT, 1982).

O pai, caso a mãe tenha dificuldade, pode ser o próprio *holding* para seu filho. Mas a mãe que se sente amparada por seu companheiro, consegue, de forma mais natural, este *holding* e desenvolve de forma confiante sua capacidade natural de, como membro da rede de apoio, oferecer equilíbrio e estrutura para ver o homem – pai desempenhar-se.

Assim, o espaço do AC tem fundamental importância, pois nele devem estar inseridas atitudes e formas de assistência não (des) estruturante para que a mãe possa remeter-se ao estado materno primário num processo natural, sem interrupções, o que é incompatível com ameaças de intervenção externa por parte daqueles que lhe dispensam cuidados, dando-lhe ordens ou dizendo-lhe como e quando fazer algo em seus bebês e, por vezes, para “adiantar o serviço” fazer por ela.

E caso ela não possa fazê-lo, que a equipe de profissionais que ali militam seja capaz de construir junto com o pai uma proximidade de Holding efetivo para o filho, mediando através de ações condições básicas de formação de atitudes de cuidar do bebê assegurando a continuidade da formação do emocional.

1.2.2 Cuidando para a vida

No ambiente hospitalar, a mulher emocionalmente saudável no pós-parto, mesmo que fisicamente exausta e dependente de muitas e diferentes formas de atenção que os profissionais lhe possam dar, é, ao mesmo tempo, a única pessoa capaz de apresentar o mundo ao bebê de uma forma adequada e que lhe faça sentido, conforme nos relata Winnicott (2006) em seu texto de contribuição psicanalítica à obstetrícia.

A mulher sabe como fazer esta apresentação do mundo a seu filho e não precisa de nenhuma escola ou treinamento para desenvolver esta habilidade: sua sabedoria decorre apenas do fato de ser mãe. Porém, seus instintos naturais podem estar comprometidos se ela estiver amedrontada, caso não veja logo seu bebê, ou quando está sujeita à rigidez dos profissionais que lhe determinam horários, métodos e formas pelos quais cuidará do seu filho.

Este pesquisador alerta que o cuidado materno “não se aprende em livros”, mas sim como uma forma de exercício prático, indispensável para as mulheres mostrarem seu potencial como mães e adquirirem confiança em si mesmas em como realizá-lo; é um ato relacional e experimental.

Do mesmo modo, Odent (2002) defende o estar junto - mãe e bebê, para que se estabeleça uma relação de união e afeto. Para que o cuidado materno possa se desenvolver através de práticas simples, porém que se mantenham reflexões e práticas atentas nas quais o cuidado materno seja atendido e reforçado (atuação dos profissionais de saúde).

Toda mãe dedicada comum, como pressupõe Winnicott, tem a tarefa de cuidar de seu bebê. Isto é o que ela tem pela frente, tarefa em que ela é o bebê e o bebê é ela (temporariamente), numa relação de simbiose intrínseca em que o seio vira objeto de ligação presente. Acalentar ao colo, oferecer o seio, é a troca e, ao mesmo tempo, o estado de interação mútua de que o binômio necessita. Mas a natureza decretou que os bebês não podem escolher suas mães, elas simplesmente aparecem e se descobrem nesta tarefa. Ela age naturalmente, não recorre a livros. O cuidado materno baseia-se no contato, no qual a mulher está envolvida basicamente com seu bebê, atenção comum que as mulheres dão a eles.

O nascimento é, como já se disse, um momento mágico de encontro e comunicação. Neste momento crucial, ele se dá através do olhar, do toque carinhoso e de palavras amorosas, isso seria a melhor acolhida possível ao bebê em seu novo mundo, como nos fala Maldonado (1993). Este momento ficará na memória como um poderoso alicerce de bem-estar e de estar melhor, de estar pronto para viver (o bebê).

O nascimento é uma passagem que ocorre entre dois universos diferentes, o interior do corpo materno e o mundo aqui fora. Simbolicamente, durante toda a nossa vida, nascemos muitas vezes a cada passagem de uma situação conhecida para outra desconhecida, mas nenhuma mudança é tão significativa quanto à provocada pelo verdadeiro nascimento de uma criança, por esta estreita relação biológica com sua mãe que é a parturição (MONTICELLI, 1994).

Nos comportamentos observados, nos olhares e gestos que o bebê dirige à mãe ou ao substituto desta enquanto está sendo amamentado, verificam-se as comunicações silenciosas entre ambos. Estes comportamentos reforçam a característica da linguagem do cuidado materno, essencialmente não-verbal. A mãe acha-se temporariamente tão identificada com o bebê que sabe, sem pensar, do que ele precisa. E, no entanto, ela o faz sem perder a sua própria identidade (WINNICOTT, 1994).

Sameroff (1984) reforça que a presença de alguém da família ou de uma equipe atenciosa na maternidade fornece geralmente o suporte social necessário para que um bom nascimento e a experiência inicial de cuidar bem do bebê possam surgir, aumentando a possibilidade de o cuidado materno efetivar-se como um cuidado para a vida.

Desde 1940, Winnicott afirmava que “um bebê é algo que não existe”, isto significava dizer que sem sua mãe (ambiente) o bebê não existiria. São os cuidados maternos, a maternagem, que tornam possível a formação do *self* (eu interior da criança). Foi este autor o primeiro a chamar atenção de que a mãe cuida carinhosamente do filho desde a gravidez e é

ela a primeira a perceber as características da criança. É quem promove como aliada aos processos maturativos em andamento no bebê, o processo de interação no e para o nascimento, sendo os cuidados maternos essenciais para personalização do potencial psíquico e pulsional do bebê no sentido da plenitude do *self* dele.

Observando um bebê com sua mãe, encontra-se a oportunidade de relacionar a teoria winnicottiana com a vida cotidiana das mães e bebês. É interessante como a mãe é capaz de entrar em sintonia com seu bebê e promover naturalmente o desenvolvimento da criança. Ainda que não tenha desejado aquela gravidez, mesmo sob os dissabores sociais, ela supera os obstáculos e se põe para a maternidade contra tudo e contra todos.

Às condições psicológicas de manejo do bebê, do cuidar em si, Winnicott denominou de *handling* (manejo). O manipular ou manejar o bebê envolvendo os cuidados físicos dispensados ao corpo biológico propicia a integração psicossomática, entendida como a possibilidade de que surja a psique a partir da elaboração imaginativa das sensações e experiências vividas no corpo e que se una a ele, dando origem à psique-soma.

O Alojamento Conjunto hospitalar não é familiar à mulher nem à sua família. Não sendo sua casa, há, portanto, limites do desempenho de sua autonomia. Ela não consegue ser ela mesma por si só. Tudo a sua volta não lhe propicia isso, não a leva à autonomia desejada, ela não consegue brigar, ou melhor, se sobrepôr ao ambiente que não lhe é familiar (WINNICOTT, 2006). A sociedade pune a mulher, gerando medo de “estar-se sob risco”, só pelo fato de estar gestante e a fragiliza no que diz respeito ao manejo do seu bebê, descaracterizando-a de que ela não saber cuidar da melhor forma de seu bebê, mas os profissionais que a assistem sabem fazê-lo “muito bem”.

Há dois aspectos referentes ao cuidado materno que podem ser discutidos juntos, pois são de certa forma, indissociáveis: “cada mulher tem o seu próprio jeito de cuidar” e cada uma delas “deseja manter certo grau de autonomia no cuidado de sua cria”. Mathelin (1999) nos dá a entender que ao mesmo tempo em que a mãe procura pelo seu filho com seu próprio modo de cuidar, esta também é vista por ele como a onipotente, o que gera uma expectativa positiva em relação a ela.

Gauderer (1998) nos fala que devemos ter o direito de estar com nosso bebê no colo, bem como cuidar dele, transmitindo contato de pele a fim de provocar afeto e bem-estar de forma pessoal, próxima e afetuosa, fortalecendo, assim, a autonomia tanto da mãe quanto do bebê. A autonomia de cuidar vem pelo fazer e pode ser reforçado assim que a mãe estiver em condições saudáveis para a assunção de hábitos maternos.

Quando falamos em saúde devemos compreender, segundo nos diz Silva (2003), as terapêuticas, os possíveis diagnósticos, pesar os riscos e os benefícios e discutir estes aspectos junto com as mulheres. Estas são as práticas ditas positivas, que dão a condição de empoderamento de seu corpo para que a decisão final seja tomada em conjunto. Esta atitude também facilita o cuidado das mulheres para com seus filhos.

Respeitar a maneira de pensar da mulher é fundamental para entendermos que respeitar e oportunizar a presença dos familiares também o é, pois a identidade de crenças e cultura serve de esteio neste espaço estranho para eles, o AC, onde são prestados os cuidados profissionais. Assim, não ter a família próxima é ruim e torna as mulheres ainda mais vulneráveis. No entanto, quando falamos na autonomia e na busca desejada para a mulher e sua cria, não podemos confundir com o distanciamento vivenciado pelas mulheres que é provocado por parte dos profissionais. A autonomia da mãe que cuida não pode significar “não estar junto” ou “abandonar a mulher à própria sorte”.

A autonomia no campo da saúde acrescenta Dias e Vieira (2008), é um conceito chave para a qualidade de vida: poder dizer o que deseja ou não como terapia para si e, em consequência, para com os seus. Esta é a idéia de autonomia a ser buscada pela enfermagem em seu cuidado.

A busca da autonomia dos pacientes nos espaços hospitalares parece ser hoje uma prática constante incentivada pela enfermagem. Há, na literatura, autores que descrevem e nos fazem refletir sobre este novo modelo de cuidar tais como: Macedo et al. (2008), Progianti e Vargens (2004), Castro e Clapis (2005) e Rodrigues et al. (2006). Para as mulheres, isso parece ser vital para o cuidado materno: fazer do Alojamento Conjunto um espaço de cuidar onde elas possam expiar seus sentimentos ruins, seus medos e culpas, suas inseguranças, permitir a manutenção do crédito de que ela pode e deve cuidar de seu bebê sem estar temerosa de que pode vir a colocá-lo sob risco de saúde, o que permite e assegura sua autonomia no manejo de seu filho.

Entende-se por autonomia a liberdade de agir do sujeito, de acordo com seus valores, prioridades e crenças. Falar em saúde, então, significa perceber que as pessoas devem ser autônomas para determinarem seu próprio curso de vida. Para tanto, devemos ter por ação explicar-lhes as terapêuticas, os possíveis diagnósticos, vendo os riscos e benefícios de tudo para que a decisão final seja da própria mulher (SILVA, 2003).

Se cada mulher tem uma forma própria em cuidar de seu filho, o cuidar dessa mulher significa falar com ela e escutá-la como uma pessoa. Dar-lhe voz considerando suas

individualidades. Parece óbvio, mas não é o que frequentemente acontece e as consequências podem ser severas. Cuidar não só do corpo biológico, mas de sua psique, oferecer caminhos de desenvolvimento da maternagem sem provocar mais riscos que um ambiente hospitalar já oferece, por ser desconhecido, muitas vezes, pelas mulheres.

Nas suas concepções acerca do cuidar, a enfermagem deve executar procedimentos técnicos sim, porém com atitudes compatíveis com os princípios humanísticos, dentre os quais o respeito com os envolvidos no cuidado é primordial. Não é possível, conforme salienta Neves (2002), cuidar mantendo ações que podem ser entendidas como descuidar.

Entendemos que o cuidado materno, o manejo do bebê também serviu de referência para o cuidado profissional, ao longo do tempo. A maternagem vem sendo utilizada na enfermagem desde longa data, pois foi através dela que passou-se a observar os corpos e pensar em até prever como eles irão reagir. E conhecê-los tão bem que mesmo muito adultos sentimos falta do cuidado materno oferecido em plenitude e sem condições.

No AC poderemos vislumbrar a proposição do modelo de cuidar daquela mãe. Como ela faz se existem práticas de cuidar não recomendadas, se existe desatenção a respeito da higiene, conforto, alimentação, sono e repouso do bebê, características das eliminações vesíco-intestinais, identificação do choro e contemplação da reação do recém nato para melhor conhecê-lo.

Sob este aspecto, o homem encontra alguma dificuldade para o *handling* (manejo) de seu filho. Ele deverá possuir atributos que dependem de sua interação com seu processo de existir, sua sensibilidade, responsabilidade, envolvimento emocional e até disponibilidade temporal. Sabe-se que a construção social do papel do homem no nascimento e desenvolvimento da criança é um fenômeno cultural, cuja definição de tarefas do cuidar do bebê na sociedade brasileira é devotada à mulher uma vez mais dando a ela a responsabilidade da manutenção da vida de seu filho. Porém, não há, segundo o próprio Winnicott (2006), razão que justifique que o papel de mãe não possa ser integralmente desempenhado por homens ou outras mulheres.

Uma vez mais o AC é o espaço pertinente à busca de se oferecer possibilidades de introduzir a figura paterna às possibilidades de manejo de seu bebê. Ele pode ser inserido em cuidados junto à mãe ainda que esta possa realizá-lo a fim de que se fortaleça a rede de estrutura familiar para cuidar desde novo ser humano.

1.2.3 Apresentando o ambiente

Ainda no pensamento winnicottiano, há o estabelecimento do *object-presenting* correspondendo ao modo de apresentação do “objeto”. Assim, através da mãe, a criança tem acesso aos objetos simples, depois a objetos progressivamente mais complexos e, finalmente, à sua dimensão. A mãe partilha com a criança pequena um pedaço do mundo à parte mantendo-o suficientemente limitado para que a criança não fique confusa e aumentando-o muito progressivamente de forma a satisfazer a capacidade crescente de a criança fruir do mundo.

Seu espaço, seus objetos, o método de como banhará seu filho, os brinquedos, como lhe será oferecido aquecimento, o quarto, berço e demais utensílios que futuramente ele identificará e reconhecerá como seus. A relação de objeto da criança com a mãe (seu próprio corpo), objeto de amor, define a afetividade relacional. Há ainda um enquadramento dessa afetividade num estado afetivo geral, que pode ser alegre ou triste, tranquilo ou ansioso, agitado ou instável (espaço de inserção de ambos) no hospital, o AC, e, no doméstico, o lar.

A criança aprende a conhecer o ambiente e o seu conteúdo através da interação dinâmica com sua mãe. Se a suprimirmos ou a desabilitarmos ou ainda interferirmos, essa relação fica prejudicada.

No início, assiste-se a uma díade relacional e posteriormente, com a introdução do pai, uma tríade relacional de afetos, cada um com a sua função na construção psicoemocional da criança. A relação objetual com a mãe será a plataforma psíquica na qual a criança constrói a sua identidade social. Se existirem bons alicerces, esta construção será harmoniosa e estável, se não for bem conseguida, a construção citada, a criança pode por ventura apresentar alguns problemas psicológicos e muitas vezes problemas psicossomáticos. A criança começa a perceber a vida através da primeira relação social que é com a mãe. Observou-se que o lactente é capaz de antecipar uma inter-relação social e que, quando as suas tentativas não são satisfatórias, ele utiliza uma diversidade de técnicas para tentar implicar a sua mãe.

Ao estudar o desenvolvimento emocional, Winnicott (1999) diz que, na interação com a mãe, há a construção da existência do bebê e é no processo de separação/individuação que se conduz a criança a uma representação de si própria clara e distinta e, posto isto, a uma autonomização da vida psíquica.

No entanto, acontece que, na atualidade, assiste-se a uma “despersonalização maternal” do vínculo afetivo entre mãe-bebê, dado que é prática comum e social, as mães precisarem colocar os seus bebês, geralmente por volta dos quatro meses quando acaba a licença de parto, em creches para que possam trabalhar.

No mundo subjetivo, tudo o que chega ao bebê, o seio, um manejo, um ruído, deve ter, para ele, o caráter de objeto subjetivo. Esses objetos são de tal natureza que não aparecem como destacados do si-mesmo do bebê e, portanto, não o surpreendem, não causam sobressaltos, chegam ao momento exato e são do tamanho exato da sua capacidade para assimilá-los como parte dele. Sua forma de presença é tal que não denuncia a sua existência externa e, desse modo, não o obriga a reagir e não interrompe a sua continuidade de ser. O bebê não tem maturidade suficiente para suspeitar da existência de algo fora de seu controle.

Saliento, aqui, a distinção que Winnicott faz entre mundo e objetos. Uma coisa é o *mundo* onde o bebê habita; outra, são os *objetos* que podem ser encontrados no interior desse mundo. A essa distinção correspondem as duas formas do cuidado materno: a mãe-objeto e a mãe-ambiente. A *mãe-objeto* é aquela que é alvo do amor excitado do bebê. O cuidado materno aqui reside no modo como os objetos são apresentados ao bebê e a confiabilidade consiste na mãe apresentar o seio de tal maneira que permita ao bebê ter a experiência de criar o objeto que, na verdade, já estava lá para ser encontrado. Ao criar o seio, o bebê faz uma pequena experiência de integração momentânea que é sentida como real. O encontro “realiza” a necessidade não apenas no sentido da satisfação, mas em tornar real a própria necessidade, o impulso, o gesto espontâneo e o algo que encontra, porque para o si-mesmo imaturo de um bebê muito pequeno, o que ele sente como real é essa expressão de si-mesmo (WINNICOTT, 2000 b).

Essa integração momentânea, durante os estados excitados, será descrita por Winnicott, em seus escritos mais tardios, como as primeiras experiências de identidade: o bebê *é* o seio que encontra. Depois da experiência de integração, o bebê como que se desmancha e volta ao estado relaxado da não-integração.

Mas, além de ser o objeto a ser encontrado, a mãe é o contexto, o mundo onde um encontro pode acontecer. O mundo do bebê é feito da totalidade dos cuidados maternos, incluídos, aí, os cuidados específicos relativos às três tarefas. A palavra-chave, aqui, é confiabilidade e esta significa, neste primeiro momento, previsibilidade. A *mãe-ambiente* cuida para que o mundo do bebê, e ela mesma, se mantenham consistentes, regulares, monótonos, em uma palavra, previsíveis.

Ela cuida para que não haja alterações na atmosfera do ambiente e para que o manejo não seja brusco nem apressado; é ela, também, que preserva imperturbado o isolamento do bebê quando este se retira para descansar. Ela permanece lá, *sustentando a situação no tempo*, aguardando que ele retome uma busca qualquer. Quando o bebê desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela apresentando um fragmento de mundo ou um manejo que confirmam, para ele, que o mundo continua presente e vivo. É a repetição monótona e regular dessa experiência que vai criando no bebê a capacidade de confiar. Ele começa a ter um "conhecimento" do ambiente, que não é mental, mas baseado na familiaridade. Sendo-lhe assegurada a cada vez a existência de algo que espera, o bebê torna-se gradualmente capaz de reconhecer coisas e predizer acontecimentos.

A manutenção do mundo do bebê é essencial. Primeiro, porque tanto a experiência excitada do encontro com o objeto quanto o retorno a não-integração só são possíveis sobre o fundo de um mundo subjetivo, que pode ser repetidamente reencontrado, pois está assegurado pela confiabilidade materna. O bebê só pode retirar-se para descansar porque começa a confiar, pela repetição da experiência, que o mundo continua vivo e permanece lá assim que ele precisar. Além disso, para que o gesto espontâneo seja sentido como real é preciso que parta, que brote de um estado de repouso. O retorno a não-integração é a condição necessária para que, o que quer que se dê nos estados excitados, seja sentido como real e favoreça a integração num si mesmo sentido como real. Se o que se estabelece é uma impossibilidade de descanso, o gesto já estará alienado na base.

Sobre a confiabilidade ambiental, Winnicott (1999) diz que, no momento inicial, o bebê está elaborando a capacidade de manter as pessoas vivas em sua realidade psíquica, no mundo subjetivo. Dada a sua extrema imaturidade, ele ainda não tem, por exemplo, o sentido do que é "presença". Não da presença deste ou daquele objeto, mas da presença enquanto tal. O bebê não sabe da existência permanente da mãe - e do mundo e das coisas que o rodeiam - mas sente os seus efeitos e, vagarosamente, cria uma memória dessa experiência, conta com isso, estabelecendo uma crença na permanência do mundo e dos objetos. Tudo isso só pode se dar na área de ilusão de onipotência e, para que a crença na realidade e na consistência da presença se instaure, é indispensável que ela seja anterior à consciência da existência externa de objetos e do mundo. A crença na realidade é condição de possibilidade para a posterior constatação intelectual da existência da realidade externa. Mas essa constatação jamais substitui a crença básica.

No entanto, há ambientes que deixam o bebê entregue a seus próprios recursos e, nesses casos, ele não pode construir a necessária crença na consistência da presença e no fato de o mundo ser encontrável. A criança pode manter viva por algum tempo a imagem da presença, mas se a ausência da mãe exceder o que a criança está capaz de sustentar, então essa imagem se esvanece e começa a morrer. A sensação é de aniquilamento, de loucura. O apagamento da memória da presença é um dos traumas específicos que aparece na etiologia das patologias psicóticas. Trata-se de uma agonia impensável. O que impede essa agonia, no caso a de perder todo o sentido de real, é o fato da mãe assegurar a permanência do mundo e tecer permanentemente a presença, apresentando continuamente o mundo ao bebê, em pequenas porções, no momento do gesto espontâneo.

Sendo assim, também no AC, desconstruímos, por vezes, a *mãe-objeto e a mãe ambiente* por privá-la de não acompanhar e cuidar de seu filho, ou mesmo por instabilizá-la no que concerne ao seu equilíbrio temporal de adaptação à maternidade. Numa relação objetual, cada parto e nascimento são singulares em si mesmo, isto é, tem-se uma percepção e previsão do que pode vir a acontecer, mas é tão e unicamente na experiência e vivência que isto se dá. Se não cuidamos adequadamente desta mãe e não permitimos o estabelecimento do vínculo mãe-bebê estamos contribuindo para o desenvolvimento de pessoas com problemas psicossomáticos. A mãe deve ser cuidada para: manter o estado de preocupação materna primária; ser suficientemente boa; manejar adequadamente sua criança e fazê-la objeto e ambientes confiáveis.

1.3 O Alojamento Conjunto como espaço de expressão do cuidar

Para o profissional de saúde que trilha o caminho do cuidado em AC, é bom lembrar que as práticas desenvolvidas nos ambientes hospitalares não têm origem recente e baseiam-se no cuidado materno (maternagem). Na busca do cuidado integral, quem cuida (cuidado profissional) precisa se policiar em respeitar as preferências e os modelos que se apresentam de quem está sendo cuidado de uma forma dinâmica, na qual mãe e bebê possam ser vistos como uma unidade, que precisam um do outro para poder, neste primeiro momento, revigorar seus desejos e expectativas.

O espaço facilitador não deve ser capaz de comprometer a interação mãe-bebê, mas sim ressaltar o bom ambiente para ambos. À medida que a mãe falha em seu estado de preocupação materna primária ou nas três fases de desenvolvimento deste cuidado pode-se, no espaço do AC, facilitar esta condução para que ao perceber as próprias falhas ela possa repará-las. Mas ela precisa sentir-se protegida, sustentada para poder exercer o cuidado materno. Nesta hora, a rede de apoio (família e o pai) é fundamental, pois pode muitas vezes substituir, de maneira eventual, o cuidado materno (ROCHA, 2006).

Cada profissional estabelece, em relação à assistência, um atendimento que vai de acordo com sua própria formação e concepção de trabalho desenvolvido. No caso, para este estudo é importante que ele tenha uma boa escuta para atender a demanda envolvida, um olhar sensível e que seja ponderado para minimizar as ações inflexíveis e, muitas vezes, indignas de serem levadas a um ser humano. Parafraseando Sabóia (2003) o ato de transmitir-se conhecimento não é capaz, por si só e de forma isolada, de ser forma de transformar conhecimentos em hábitos. E, isso não contribui para a melhoria da saúde das famílias e das pessoas.

A enfermagem tem o cuidado como base de sustentação do seu fazer profissional. Mas há cerca de 150 anos, Nightingale (1989) nos lembra que nem todas as mulheres são (espontaneamente) boas enfermeiras; é necessário aprender os cuidados profissionais e estes não são transmitidos por herança cultural, embora tenham como base os cuidados tradicionalmente assegurados pelas mulheres.

Na verdade, o cuidador, quando cuida, está se relacionando com o outro ser, expressando seu conhecimento e sensibilidade igualmente através da habilidade técnica e da espiritualidade, elevando-o e ajudando-o a crescer. Para o cuidador, constitui-se numa forma única de compartilhar, durante o processo de cuidar, seu ser, seus rituais de cuidado e suas características pessoais (WALDOW, 2001).

O cuidado materno é uma expressão do cuidado verdadeiro, porém não é a única. Na descrição desta mesma autora as práticas do cuidado, no meio ocidental, foram desenvolvidas a partir de atividades do ambiente doméstico.

Sendo assim, o componente amoroso do cuidado materno favorece a transformação e a evolução dos valores, preparando o mundo para uma prática que é mais afetiva que racional. Com isso, é um meio para a construção do conhecimento, para o envolvimento e participação dos profissionais de saúde, e oferece uma oportunidade de exercitar a sensibilidade e a troca

de cuidados. Configura um constante aprendizado humano. O que, conforme discorre Oliveira (2001), contribui para um aspecto fundamental da enfermagem: a qualidade do cuidado.

Collière (1999) nos diz que os cuidados de enfermagem podem ter um poder libertador tanto para quem os presta como para quem os recebe. Este poder deve-se à complexa rede de relações de força, de expressão de experiências, de investimentos pessoais e institucionais que se manifestam nas inter-relações entre as pessoas.

Zveiter, Progianti e Vargens (2005, p. 25) colocam uma interessante questão “A partir do cuidado exercido profissionalmente, podem ser facilitadas as vias para que o cuidado autêntico, aquele que já está presente na mãe, possa se manifestar”. Em seu estudo, eles denominam “cuidado do cuidado” o cuidado de enfermagem para com a mãe, na situação específica que se vive a assistência ao parto e nascimento. Entende-se que um cuidado profissional, diante do bebê que acaba de nascer, deve-se promover o cuidado materno que presente na mãe neste momento, se manifestará acariciando seu filho, colocando-o nos braços e ponde-lhe no seio. Este pensamento reforça a posição do profissional de enfermagem como um agente para o estabelecimento desta via de facilitação dos cuidados maternos.

A vida, do começo ao fim, no processo de assistência humanizada é a proposta do modelo assistencial atual e já se percebe uma contra posição ao excessivo tecnicismo e medicalização do parto, fazendo com que através da ciência o feminino vá se alicerçando nas políticas públicas de saúde, na busca de redefinir o seu papel social. Este não pode ser baseado apenas na sua biologia, como nos fala Vieira (2002).

Ajudar os pais a descobrir como se formará o processo de cuidar de um bebê, quais são suas necessidades, seus modos de comunicação, suas competências, ritmos, dificuldades e preferências, para que os mesmos possam estar em empatia com o bebê, respondendo de maneira adaptada aos seus sinais e promovendo confiabilidade mútua.

1.3.1. Alojamento Conjunto como espaço de cuidados

Entendemos o parto não apenas como um processo fisiológico de expulsão do bebê. Assim como o nascimento não é só a mudança do bebê do meio aquático para o aéreo, mas que ambos se sucedem mediante a mobilização da energia emocional de cada um dos dois seres. É esta a razão pela qual se deve dar a eles a oportunidade de estarem juntos durante

toda sua permanência no hospital, desde as primeiras horas, a fim de manter um suporte afetivo de cuidadores em um ambiente que propicie o estabelecimento de vínculos.

No Brasil, 97% dos partos acontecem em ambiente hospitalar ⁴. Ao nos depararmos com este percentual, entendemos as dificuldades que a sociedade brasileira terá ao buscar os caminhos de uma humanização que requer profissionais capazes de desenvolver seus cuidados junto às mulheres no momento do nascimento, lembrando que estas mulheres são pessoas e não máquinas, e que, por isso, devem estudar a forma como elas vivem, pensam e crescem, ao longo de suas existências, inseridas num contexto histórico cultural.

O que percebemos no cenário do pós-parto são universos distintos: de um lado profissionais unidos pelo seu fazer; do outro, as mulheres e seus filhos, tentando sintonia, mas vivenciando um compasso diferente do que está à sua volta. Revela-se no setor de Maternidade o *locus* hospitalar que, conforme nos traduz Monticelli e Elsen (2006), se destina a transformar a realidade clínica do nascimento dos seres humanos em um processo fisiológico que a biomedicina levou para dentro da instituição hospitalar. É no ambiente do Alojamento Conjunto que estes mundos distintos (profissional e materno) se encontram, quando a díade formada pela mãe e pelo filho inicia o desenvolvimento do apego. É o campo fértil para aproximações, mas também para distanciamentos. É neste ambiente que a mãe presta cuidados diretamente ao filho, atentando para as necessidades por ele reveladas, empenhando-se para atendê-las da melhor forma possível.

No Brasil, o sistema de Alojamento Conjunto ⁵ foi implantado em meados da década de 90, permitindo ao recém-nascido a termo e sadio permanecer ao lado da mãe 24 horas por dia, desde o nascimento até a alta hospitalar, estimulando também a participação do pai e da família. Este sistema dá-se sob a orientação e a supervisão de uma equipe multiprofissional que inclui trabalhadores de enfermagem, médicos obstetras e neonatologistas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais (MONTICELLI, 2006).

Os ambientes hospitalares descritos por Braselton (1988) podem incutir nas mulheres o sentimento de estarem “emprestando o bebê aos pais”. Se conseguirmos desvincular esta ideia e proporcionar meios de apoio necessários para que os pais não alimentem sentimentos de inadequação com relação ao ambiente do Alojamento Conjunto, poderemos, então, obter uma adequação do ambiente hospitalar ao cuidado materno.

⁴ Dados do Painel de Indicadores do SUS/MS - Ano I - nº 1 - Agosto de 2006.

⁵ Portaria nº 1016 de 26/08/93 do MS aprova as normas para a implantação do sistema ‘Alojamento Conjunto’ nas unidades médico-assistenciais integrantes do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Somente em 1983, a resolução nº 18/ do ex-Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social dirigida aos hospitais públicos e conveniados estabeleceu normas e tornou obrigatória a permanência do filho ao lado da mãe, 24h por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto.

Em 1985, foi publicado o programa de reorientação da assistência obstétrica e pediátrica com as normas básicas do Sistema de Alojamento Conjunto. Estas normas deveriam passar a ser observadas nas unidades médicas assistenciais próprias, contratadas e conveniadas do INAMPS.

No início dos anos 90, com o objetivo de conhecer a situação dos alojamentos conjuntos no Brasil, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com apoio da UNICEF, realizou pesquisa cujos resultados apontaram que 47% das 667 unidades pesquisadas desconheciam a Resolução INAMPS 18/83.

Considerou-se fundamental a permanência do bebê junto à mãe e as orientações por parte da equipe de saúde através das ações educativas, permitido que as questões de espaço físico e treinamento de recursos humanos fossem adequadas à realidade local de cada serviço de saúde.

Seus objetivos são:

- Aumentar os índices de Aleitamento Materno;
- Estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Permitir aprendizado materno sobre como cuidar do recém-nato (RN);
- Reduzir o índice de infecção hospitalar cruzada;
- Estimular a participação do pai no cuidado com o RN;
- Possibilitar o acompanhamento da Amamentação, sem rigidez de horário, visando esclarecer as dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança;
- Orientar e incentivar a mãe (ou pais) na observação de seu filho, visando esclarecer dúvidas;
- Reduzir a ansiedade da mãe (ou pais) frente às experiências vivenciadas;
- Favorecer troca de experiências entre as mães;
- Melhorar a utilização das unidades de cuidados especiais para RN;
- Aumentar o nº de crianças acompanhadas por serviço de saúde.

A equipe mínima de recursos humanos que vai prestar cuidados ao binômio mãe-filho, de rotina e de plantão, respeitando o nível de complexidade, deve ser composta de:

- Médicos pediatras e obstetras, um para cada 20 binômios;
- Enfermeiro, um para cada 30 binômios;
- Técnico e auxiliar de enfermagem, um para cada 8 binômios, com treinamento prévio e contínuo para atualização;
- Assistente social;
- Psicólogo;
- Nutricionista, entre outros.

O grupo que será atendido no AC constitui-se de mães com ausência de patologia que contra-indique ou impossibilite o contato com RN e, se possível, que tenham sido orientadas sobre o alojamento conjunto durante o pré-natal.

RN a termo, apropriado para Idade Gestacional e sem patologia, com boa vitalidade, boa sucção, adequado controle térmico, sem risco de infecção (situações de risco de infecção: mãe febril, recebendo antibiótico, bolsa rota há mais de 24 horas, RN nascido fora do centro obstétrico).

INCLUSÃO do RN no AC

- Peso de nascimento superior a 2.500g menos de 4.000g.
- Boletim de Apgar igual ou superior a 7 no primeiro minuto de vida.

EXCLUSÃO do RN no AC

- Apgar abaixo de 7 no primeiro e no quinto minuto.
- RN com peso acima do percentil 90 ou abaixo do percentil 10 para a idade gestacional.
- Malformação que impeça a amamentação.
- Alto risco de infecção.
- RN de mãe diabética.
- Icterícia precoce.
- Patologias diagnosticadas ao exame imediato.

ALIMENTAÇÃO do RN

- Seio materno em livre demanda.
- Não oferecer bicos ou chupetas.
- Mamadeira de leite ou outra alimentação, só sob prescrição médica.
- Proibida amamentação cruzada.

Este local é muito rico, pois permite aos profissionais a detecção de processos relacionais que futuramente gerarão problemas e agravos à saúde. Entretanto, o processo de cuidar no AC enfatiza, sobretudo, o significado do aleitamento materno, de como a mulher está desenvolvendo o aleitamento com seu bebê, suas dificuldades e sucessos. Estas vivências nos remontam a nossa sensibilidade de ouvir, confrontando com tudo aquilo que ela traz de experiência consigo. Deve a enfermeira perceber o quanto este cuidado é dinâmico na troca de experiências com as mulheres (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008).

Porém, não tem sido este modelo vivenciado pelos profissionais nos espaços públicos, muitos objetivos propostos não são alcançados, não se realiza as atividades propostas de maneira completa e afirmaria que o controle corporal e biológico está ainda muito presente na forma de cuidar.

1.3.2 O cuidado profissional da enfermeira e os elementos da rede de apoio

O cuidado profissional da enfermeira não se restringe apenas ao fazer manifestado na execução de procedimentos técnicos. Mas implica também em participar da interação entre dois universos distintos, que se relacionam num movimento vivo e dinâmico.

Diz Mayerof (1971) que o ser humano vive o significado de sua vida por meio do cuidado, um processo (interativo) de auxiliar o outro a ser, a crescer e a realizar-se. Ao descrever o cuidado profissional desenvolvido pela enfermeira obstetra, enfatizamos uma forma diferenciada de assistir a mulher, em que, no cenário do nascimento, a díade mãe-bebê é a protagonista.

No espaço hospitalar tecnocrático, no qual a mulher sente-se, no momento do nascimento, pouco à vontade para opinar sobre sua vida e a do seu bebê, entra no cenário a enfermeira obstetra, tentando transpor obstáculos na implementação de uma metodologia assistencial que promova menos iatrogenias e que sirva de caminho para uma nova forma de

cuidar. Segundo Progianti, Penna e Christoffel (2004), a enfermeira obstetra tem sua formação centrada nas necessidades da mulher, buscando priorizar, de forma digna e respeitosa, sua individualidade e seus costumes. Esta filosofia de assistência humanizada esbarra nas rígidas estruturas hospitalares impeditivas da autonomia e da troca de saberes necessárias para que os cuidados maternos tenham oportunidade de existir.

A participação da mulher no nascimento, em alguns momentos valorizada pela postura das enfermeiras, pelo apoio emocional que estimula práticas capazes de responder às necessidades subjetivas das mulheres (ANGULO-TESTA, A et al., 2003), ainda é recebida com estranhamento, de acordo com uma visão do nascimento em um processo fisiológico onde as percepções das próprias mulheres têm a maior importância.

A abordagem da enfermeira enriquecida pelo olhar da psicanálise auxilia o processo do nascimento (parto e pós-parto) e desafia este ambiente de cuidados com um novo envolvimento do profissional na assistência à saúde da mulher ao favorecer o cuidado materno. Unir a sutileza do psiquismo feminino a uma prática não etnocêntrica de cuidar valoriza a relação entre quem presta e quem recebe cuidados no AC.

Para acolher o filho é importante que a mulher esteja segura ou pelo menos amparada, julgando-se capaz. Precisa ter uma autoestima, para isto, o profissional deve estimulá-la no seu estado materno primário. Cada mulher tem uma história única e singular no nascimento de seus filhos e suas expectativas tem consonância com o apoio no contexto familiar e assistencial. Porém, Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) em seus estudos apontam uma lacuna no suporte à mulher no pós-parto, realizado pelo acompanhante escolhido pela mulher, o que constitui um desafio aos novos pesquisadores desta era e para os profissionais que delas cuidam.

Conforme Winnicott (1990) são nos momentos mais precoces da vida que a área da onipotência está em processo de formação e por isso não há ainda uma capacidade no lactente de controlar ou se sentir responsável pelo que de bom e mal ocorre no ambiente. O que ocorre com as influências pessoais e ambientais são importantes no desenvolvimento do indivíduo, sobretudo no que diz respeito à dependência infantil. Cuidar da mãe (objeto ou ambiente) pressupõe estabelecer uma mutualidade intencional sem agredir sua singularidade pessoal.

Nos estágios mais precoces da existência “o lactente e o cuidado materno juntos formam uma unidade”. Toda essa fragilidade torna a dependência e os cuidados maternos uma realidade de sobrevivência, é preciso que os bebês sejam amados e cuidados. Mas, o ambiente hospitalar ajuda a exacerbar as falhas maternas. Muitas vezes com rotinas rígidas

que provocam ausência e abandono do bebê que percebe que a confiabilidade foi interrompida. Ou, em outras vezes, por mérito da própria mãe que não se encontra suficientemente boa para a maternagem.

O uso do termômetro não aquecido na axila do RN, o incômodo ininterrupto pela manipulação excessiva dos profissionais que por serem de diversas áreas de conhecimento examinam e (re) examinam o bebê, impedindo o contínuo do aconchego materno, os ruídos hospitalares que não o deixam repousar e dormir, assustando-o a cada momento.

A recuperação gradual, quando se demonstram haver alterações vivenciadas na díade, é um processo lento e gradativo que irá estimular a mãe no desenvolvimento de habilidades e atividades mentais para compreender o que se passa com seu filho. Logo, quando encontramos cuidados maternos encontramos o início da vida psíquica de um bebê, de uma criança. A criança precisa de atenção e a mãe de se conhecer como o ambiente mediador das relações objeto desse novo ser. Esta questão se constata, com a verbalização das mulheres, de insatisfação e insegurança pela assistência recebida nos espaços de cuidar do AC.

1.3.3 Ampliando a assistência e o cuidado

Ao referenciar Boff (2004, p.111), no seu livro Saber Cuidar, entende-se como se caracteriza o amor entre humanos, que é a nossa maneira particular de viver, caso este não haja não nos caracterizaremos como seres sociais. O amor é um fenômeno biológico que nos coloca na mesma caminhada. Percebe-se que sem o cuidado que é essencial, o encaixe do amor não ocorre, não permite que os seres se liguem e se expandam a fim de propiciar o florescimento daquilo no qual o humaniza.

No hospital, conforme Boff (2004), a palavra de ordem é cuidar de si mesmo para poder cuidar do outro, num cenário onde a essência é o cuidado. Instrumentos que possibilitem o olhar, o sentir, as práticas que nos aproximem do cuidado humano, só assim estaremos nos aproximando do verdadeiro cuidado, mantendo respeito e atenção à experiência de quem está sendo cuidada.

Devemos, nós profissionais, proporcionar o respeito à forma como a mulher se cuida e cuida, e este deve fazer parte da maneira como cuidamos, devemos prestar atenção à engrenagem da vida, do contrário, aquilo que fazemos deixa de ser um cuidado humanizado.

Quanto mais se respeita mais se tem aptidão para lidar com as diferenças, com o outro. Isso significa que, para amar, é preciso além de querer, ter iniciativa, empenho e desempenho em favor daquele que precisa do cuidado.

Como a mãe executa o cuidado ao bebê no AC pensa-se ser esta uma atividade comentada por Leboyer (2004, p.112): "Muito simplesmente: a criança deixa o calor, a doçura do ventre materno. Vamos fazer com que reencontre um calor, uma doçura parecida no colo materno." Desta maneira a mulher chega bem ao alcance daquilo que o bebê necessita: calor, amor, atenção, aquecimento. Ela poderá apresentar o mundo, pois estará segura e tranquila confiando na equipe e vivenciando seus gestos espontâneos de cuidar.

Durante o nascimento a mulher vivencia um momento de relevância em sua vida reprodutiva. O universo ao seu redor faz desta experiência uma forma significativa e enriquecedora para que as vivências se tornem um processo de cuidar. Este é o princípio norteador das práticas desenvolvidas nas instituições. Mas, para que sejam satisfatórias, as mulheres devem trazer consigo a rede que as sustentam e as apoiam. Este conjunto promove um tipo diferenciado de bem-estar, capaz de potencializar as perspectivas humanísticas na prestação da assistência à saúde (BRASIL, 2001b).

As mulheres demandam uma assistência de qualidade. A atenção obstétrica atual deve estar baseada no respeito e na participação das mulheres nas decisões. As mulheres chegam às unidades para terem seus filhos ainda desinformadas de seus direitos, informações relevantes tais como: a presença de um acompanhante de sua escolha para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, já é uma lei e deve ser assegurada no espaço do AC em maternidades públicas (LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005).

Para Winnicott (1982), a primeira pessoa que o bebê conhece é a mãe, o homem jamais ocupará completamente o lugar da mulher que é sua mãe, porém é valioso que ele a ajude a sentir-se bem em seu corpo, que a apoie moralmente. Sendo assim um esteio para sua autoridade, para o auxílio no desempenho das tarefas pertinentes à maternidade e para a contribuição no processo de amadurecimento pessoal da criança.

A promoção do bem-estar familiar inserindo o novo membro da família, melhora a qualidade do acolhimento e integra (caso exista) o trinômio pai-mãe-filho. O pai precisa assegurar e sustentar o estado de *Preocupação Materna Primária*, sendo um suporte à mãe, como um para-raio, não deixando que qualquer coisa perturbe a relação da mulher com seu filho, incluindo aí o espaço do domicílio. Isso permitirá que ela viva com mais tranquilidade

seu estado peculiar. Contudo, esta compreensão parte da abordagem que profissionais deveriam fazer do pré-natal ao puerpério, continuamente, aos casais grávidos, para promoção do desenvolvimento emocional de futuros cidadãos.

O estar do pai na maternidade pode muitas vezes dificultar ou atrapalhar a dinâmica no AC, no pensamento de certos membros da equipe de saúde, mas isso, com o decorrer do tempo, é atenuado, devendo haver uma preocupação com este novo homem que está nascendo. Conforme Maldonado (1989), amor e vínculo com filho são aspectos vitais no desenvolvimento da criança, mas esse é um processo de aprendizagem para sempre e depende do convívio e da disponibilidade, não só da mãe como do pai.

A participação do companheiro na gestação, parto e pós-parto traz uma nova dimensão para a família. Fortemente recomendada pelo Ministério da Saúde (Brasil 2001a), essa participação repercute na relação com o casal, com os filhos, fazendo com que os vínculos afetivos familiares fiquem mais fortes e intensos. Entendemos que nestes momentos a mulher pode fazer com que seu companheiro viva uma experiência única, tão importante como integrante ativo do nascimento e, como consequência, levá-lo a minimizar seus medos e suas dificuldades no início de sua trajetória como pai.

Proporcionar ao pai o reconhecimento de sua importância nas atividades de cuidar do filho, mesmo no AC, faz com que contribuamos para que na prática os cuidados mãe-bebê se manifestem numa mutualidade de seres humanos sociais decididamente adaptáveis. Porém, não é o que vem ocorrendo no espaço em questão. Evidenciamos que o pai ou outro familiar experienciando o nascimento do filho pode vir a oferecer apoio físico e emocional à mulher, reduzindo o nível de tensão e proporcionando mais tranquilidade no parto e pós-parto (PIOSEVAN; SONEGO; VAN DER SAN, 2001).

Os profissionais deveriam entender que é no contato direto com a família que esta funciona como parceira e não a afastando. A rede de apoio à mulher no AC deve oferecer a quem cuida e está cuidando, suporte emocional e social. Ela deveria funcionar como mediadora das necessidades de quem se mantém no hospital, lugar por vezes desconhecido e inóspito sem qualquer significado para aquela mãe. Quase um espaço de solidão mútua, onde cada mulher possui junto de si bebê que chora, mulheres que têm outros hábitos, famílias com membros curiosos e que não são educados suficientemente para se manterem em silêncio diante de um bebê que dorme.

Existem mulheres que vivem a gestação com exclusividade, de um modo que é uma questão apenas feminina, alijando seus companheiros. Também percebemos que os homens

querem ocupar seu espaço construindo um processo de paternidade indispensável ao casal grávido (SIMÕES, 1998). O homem é visto como aquele que mantém a casa delegando à mulher o cuidado e a atenção aos filhos. Devem os profissionais que estão no espaço o qual esta relação se inicia, ou pelo menos se descobre o AC, tender a não dificultar e permitir que o homem descubra suas potencialidades como não apenas o provedor, mas como pai.

Leboyer no seu livro, *Nascer Sorrindo* (2004, p.150), retrata “O recém-nascido é como um espelho. Reflete sua imagem”. Também incluímos a seguinte citação: “Como preparar a criança no ventre da mãe? É preciso com finos eletrodos... Não. A criança não precisa ser preparada. Nós é que precisamos” (p. 53) e ainda: “Nenhum traço de medo. Tocando seu bebê é que a mulher enfim se reencontra. Os dois seres se fundem. Para ela, o interior e o exterior se uniram.” (p. 109). Ficam nestes pensamentos o destaque para o início da vida como uma recepção iluminada por uma linguagem especial, que só aqueles que cuidam de forma valorosa podem perceber e fazer. Quando nossas crias nascem nos vestimos com outras roupagens, nos despimos de nossos pudores para irmos ao encontro de nossos amores.

Na trajetória destes encontros, deparamo-nos com as mulheres no período de *Preocupação Materna Primária* e compartilhamos o *cuidado materno*, a fim de auxiliá-las a ser o *ambiente suficientemente bom* o qual ela veio desempenhar.

As mulheres que são atendidas no AC devem encontrar-se em boas condições de saúde física e mental estando a equipe multidisciplinar apta a objetivar o bem-estar, promovendo o aleitamento materno, supervisionando a adaptação da vida extrauterina, favorecendo o vínculo mãe-filho, reduzindo a incidência de infecção no recém-nascido, promovendo o bem-estar familiar e orientando à mãe nos cuidados com seu filho, padrões de conduta pontuados por (OLIVEIRA; LESSA; MARINHO, 2004).

As mulheres realizam cuidados, os quais foram orientados por suas mães e suas sogras por respeito e obediência, preservando seus valores e, neste momento, colocam sua carga de amor e a possibilidade de afeto na sua relação com o bebê. A criança precisa de uma mãe ambiente nesta fase inicial, para desenvolver as necessidades de seu bebê, porque este vai precisar que seu ambiente lhe dê apoio e segurança. E ela também necessita desses fatores que a equipe pode lhe dar.

Collière (1999) nos diz que: cuidar é, e sempre, será indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas para a manutenção de todo grupo social. O cuidar é inerente à manutenção da espécie humana, sendo modificado entre as diferentes práticas de cuidados, o que não implica que o indivíduo deva ser modificado, com necessidade de ser instruído ou

perfeito, mas sim como ele mesmo de acordo com a competência que ele tiver para realizar algo.

Quem cuida, conforme Mayeroff (1971), está com o outro vivendo no mundo deste que é merecedor de cuidados. Envolvem-se numa mútua e contínua aprendizagem, para que possam crescer através do cuidado. Isso se dá no nascimento, para cuidar de si deve-se estar aberto para cuidar do outro. Antes de qualquer coisa, antes de desenvolver o cuidado materno é importante poder cuidar para que a mulher cuide de si mesma.

Para amar o outro é preciso primeiramente amar a si mesmo. Quem não trata a si com respeito, fica difícil tratar o outro com amor. É uma ação voluntária direcionada ao humano, perde-se o egoísmo e tende-se a manter a união, no caso, para com a vida. As vivências encontradas no espaço do AC buscam esses encontros, desenvolvidos por nós humanos.

Devemos envolver e acolher a quem cuidamos, mesmo que nesta trajetória estejamos na busca por melhores condições de qualidade de vida da humanidade, é o que nos fala Waldow (2001). Na responsabilidade pelo cuidado da própria pessoa, aprende-se e compreende-se a responsabilidade pelo cuidado do outro, do humano de maneira holística e da humanidade em geral.

Os profissionais que atuam no Alojamento Conjunto devem zelar por suas necessidades básicas, atentar para atualizações científicas, baseadas em evidências científicas a fim de que possam lidar com os problemas e as necessidades dos que precisam de seus cuidados. Isso se fará reflexo na mulher neste espaço onde ela se encontra. A pessoa não se satisfaz apenas em aperfeiçoar sua singularidade, ela quer afeto para dar afeto. Então penso ser necessário um olhar atento sobre o modo de cuidar no AC por parte dos profissionais de saúde, particularmente pela equipe de enfermagem.

2 O CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo foi do tipo exploratório e descritivo para melhor nos aproximarmos do fenômeno e descrever nosso objeto de estudo: as vivências das mulheres no espaço de cuidar do AC.

Pesquisas descritivas buscam conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Assim, expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno que descreve, embora sirva de base para outra explicação (VIEIRA, 2003, p. 85).

Quanto ao estudo exploratório, este visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito, ou mesmo construir hipóteses mais adequadas (VIEIRA, 2003, p. 65).

Desta forma, por possibilitar a compreensão do problema, a pesquisa exploratória é utilizada quando há necessidade de se obter maior precisão e identificar ações que possibilitem a obtenção de dados adicionais. (SANTOS, 2007 p. 48)

Um estudo descritivo e exploratório procura descrever e analisar a natureza dos fenômenos que se deseja conhecer sem a interferência da pesquisadora e se adequar à necessidade de se obter melhor entendimento em relação ao comportamento e os múltiplos fatores que influenciam em determinado fenômeno (OLIVEIRA, 1997).

Conforme nos ensina Polit, Beck e Hungler. (2005, p. 34), além de observar e descrever o fenômeno, investiga a sua natureza e os fatores com os quais ele se relaciona. Tendo como objetivo nos revelar os diversos modos pelos quais um fenômeno se apresenta, assim como os processos que não se manifestam, mas que estão ocultos ou subentendidos nos depoimentos encontrados.

Dada a complexidade do objeto estudado, optamos por realizar uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2002), este tipo de abordagem veicula inúmeros significados, motivos e atitudes que correspondem a um plano mais amplo das relações e dos processos e não podem ser resumidos a simples operações de variáveis. A mesma autora (2002, p.10) aponta que as pesquisas qualitativas “[...] são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no advento, quanto na sua transformação como construções humanas significativas”.

Através da falas das mulheres que vivenciaram o ambiente hospitalar do AC buscamos compreender o espaço do Alojamento Conjunto como espaço de cuidados. O cotidiano assistencial foi especialmente pronunciado como resultado do processo de cuidar delas no pós-parto. Então, descrevemos o significado emergente a respeito do cuidado à mãe que realiza o cuidado materno.

Em alguns momentos sentimos a necessidade de mencionar o AC como sendo um espaço hospitalar para inseri-lo numa engrenagem de prestações de serviços de saúde. Isto foi apenas para dar destaque e inseri-lo como sendo um local que ainda acompanha o modelo biomédico (tecnicista e medicalizado) de assistência. Na verdade, tecnocrático e reduto da biomedicina ainda existente no contexto sócio-político cultural dos serviços de saúde no Brasil.

O método eleito foi uma amostragem de conveniência que, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), é o uso de pessoas mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa num estudo. A vantagem é que é mais fácil para o pesquisador obter os sujeitos e é possível se preocupar apenas que eles estejam sob os critérios definidos para inclusão no estudo.

Assim, como fontes primárias tiveram-se os discursos de 18 mulheres, escolhidas aleatoriamente sendo todas maiores de 18 anos, não importando a cor, a etnia, classe ou grupo social. A condição foi que elas, no período de pós-parto imediato (até 48 horas), tivessem permanecido internadas em sistemas de Alojamento Conjunto hospitalar de cunho público com seus filhos e sem serem separadas deles. Decidimos inicialmente elencar as depoentes na unidade pública de referência para alto risco no município de Niterói, o Hospital Universitário Antônio Pedro pertencente à Universidade Federal Fluminense.

A escolha deste hospital deu-se por conta de ter sido o local de trabalho e da percepção do problema estudado. Porém, no decorrer da coleta de dados, percebemos a necessidade de termos um delineamento mais abrangente do município de Niterói.

Fez-se necessário partir para uma expansão da pesquisa nas demais maternidades públicas da cidade: o Hospital Estadual Azevedo Lima e a Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira, mantendo o mesmo número de mulheres entrevistadas. São estas as três maternidades públicas do município de Niterói (referidas acima), que se distancia de quatorze quilômetros da cidade do Rio de Janeiro.

A maternidade do HUAP é referência para região Metropolitana II que atende a sete municípios: Niterói, Tanguá, São Gonçalo, Itaboraí, Rio Bonito, Magé e Silva Jardim atendendo a gestação de alto risco. A maternidade do HEAL, localizada no bairro do Fonseca,

atende a gestante de médio e baixo risco e também é referência da região Metropolitana II, e a MMARVF recebe as gestantes de baixo risco, com demandas espontâneas e gestantes de baixa complexidade obstétrica.

Após a apresentação do projeto de pesquisa pediu-se uma autorização para o HEAL e a MMARVF a fim de que pudéssemos captar as gestantes, para posteriormente entrevistá-las. Ao serem fornecidas as autorizações pelas referidas unidades, solicitamos um adendo ao Comitê de Ética e Pesquisa do HUAP, o qual nos forneceu sua aprovação (ANEXO B).

No sentido de caracterizar os espaços de cuidados realizamos entrevista assistemática pedindo que as chefias de enfermagem caracterizassem os espaços de cuidado AC:

- Do HUAP descreveu a maternidade como um espaço que busca o modelo do cuidado humanizado, mantendo o acompanhante nas vinte e quatro horas junto à díade mãe-bebê, seja cesariana ou parto normal, com visitas diárias e acesso do familiar livre na sala de parto. Em parceria com o GTIAM, ações estão sendo desenvolvidas para o credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Hospital Amigo da Criança. Os procedimentos operacionais padrão estão sendo descritos.
- Do HEAL informou que o serviço se propõe ao modelo de cuidar humanizado, porém a superlotação da unidade vem trazendo muita dificuldade para que isso ocorra. Após obras na edificação a maternidade apresenta o ambiente mais harmonizado. O destaque se deu à assistência à adolescente, mantendo-se nesta unidade uma enfermaria diferenciada no pós-parto para com isso melhor cuidar. As normas e procedimentos de enfermagem estão sendo escritos. A maternidade permite que o familiar permaneça no AC caso a mulher seja menor de idade em todo período de internação e, se for cesariana, nas primeiras 12 horas, no parto normal, esta não fica com a família.
- Do MMARVF descreveu que busca também o modelo de cuidar humanizado, porém devido a inúmeras dificuldades de infra-estrutura tais como: lavanderia, laboratório, esterilização, dentre outras, o enfermeiro precisa se dedicar e muito na parte do fazer gerencial em função destas dificuldades existentes. Porém, existem funções de enfermagem escritas e normas construídas para o funcionamento da mesma. O familiar permanece com a mulher no AC sendo ela menor de idade e, caso tenha realizado cesariana, nas vinte e quatro horas após o parto. Mas, no parto normal, apenas nas primeiras 12 horas seguintes.

A escolha da mulher como sujeito da pesquisa deu-se pelo fato de que ela deve, neste momento, ser protagonista no cenário do nascimento. Todos os cuidados devem orientar-se para ela, para que ela possa desenvolver o cuidado materno o mais livre possível da interferência de outros atores no cenário do AC.

O período de pós-parto imediato de mulheres que permanecem com seus bebês saudáveis em sistema de AC nos permite a observação do relacionamento entre mãe e bebê, da interação familiar (com o parceiro e com a família), da formação dos vínculos afetivos e do envolvimento dos profissionais que aí trabalham, prioritariamente, a enfermeira. Isso nos proporciona uma visão geral deste rico universo relacional.

Mas, para que não houvesse nenhuma interferência ou comprometimento dos dados a serem coletados, conforme o conceito já descrito, optou-se por entrevistas no local de escolha das depoentes e fora do período de internação. As informantes, após serem abordadas nas maternidades e mostrarem-se receptivas à pesquisa, foram contatadas por telefone (a partir de informações contidas nos prontuários).

Os sujeitos desta pesquisa autorizaram por escrito a sua participação, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias (uma para a depoente outra será mantida em arquivo), depois de serem informados sobre a pesquisa, suas peculiaridades e seus direitos, conforme legislação vigente sobre pesquisa com seres humanos (CNS, 196/96).

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no domicílio das informantes ou em outro local por elas indicado. A técnica utilizada foi entrevistas semiestruturadas, também denominadas por Pollit, Beck e Hungler (2005) como enfocadas, com o auxílio de um roteiro pré-estabelecido (guia de tópicos), a fim de garantir que a abordagem fosse sob os mesmos itens a todas as mulheres envolvidas (APÊNDICE C).

A entrevista semiestruturada é um meio “em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da falas dos atores sociais... meios de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (MINAYO, 2002, p.107).

Esta foi dividida em duas partes, sendo que a primeira constou da caracterização das participantes: nome, idade da gestante, se a gestação foi planejada ou não e, a segunda parte foi de questões baseadas no objetivo da pesquisa e nas questões norteadoras. A entrevista foi submetida a um pré-teste, realizada com uma depoente que teve seu filho na maternidade do

HUAP e mantida em sistema de AC contínuo até a alta, permitindo assim os ajustes necessários.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- Realização de uma abordagem ainda com a puérpera internada nas Maternidades, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa e o convite para participação da mesma. Neste momento agendou-se a entrevista realizada, no local de sua escolha.
- Realização de entrevista semiestruturada, gravada em dispositivo de media player MP3, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informado que não haveria divulgação do seu nome, garantindo-lhe o anonimato das informações obtidas. Esta atividade foi desenvolvida pela pesquisadora, a fim de se evitar o constrangimento principalmente nas questões específicas sobre o cuidado profissional, em local específico de sua preferência.

Na minha aproximação, neste primeiro momento, não senti por parte de nenhuma das mulheres pouca receptividade, pelo contrário, todas que foram abordadas se mostraram atraídas para dar sua contribuição ao estudo.

Desta forma, fui agendando as entrevistas de acordo com a disponibilidade das depoentes. Neste momento, a dificuldade se apresentou. Foram muitas as desculpas e as dificuldades em confirmar os encontros, o que demandou, por parte do pesquisador, novos contatos com outras mulheres para chegar às entrevistas propostas no estudo. Nem sempre o endereço fornecido correspondia ao local verdadeiro da residência. Muitos locais de acessos difíceis tiveram que ser viabilizados pela pesquisadora, o que tornou a pesquisa um pouco mais difícil, porém interessante e rica na sua realização.

Sentimos que, em alguns momentos, eram lugares de risco social, o que nos causou receio e medo de estarmos fragilizadas. Isto se fez presente, porém, assim mesmo, fomos e tentamos cumprir a proposta idealizada para a coleta de dados, daí a amostragem de conveniência.

Em todas as casas em que estivemos encontramos mulheres que, apesar de diferentes formas de cuidar de seus filhos, demonstravam com simples gestos e atitudes grande importância no que faziam. Estabeleciam com seus bebês, dentro da possibilidade de cada uma delas, o vínculo que fortalecia a si mesmas a confiança no cuidado desenvolvido.

O quadro a seguir representa a caracterização dos sujeitos da pesquisa; se a gestação foi planejada ou não; o nível de escolaridade e a idade.

Sujeitos	Idade	Gravidez Planejada	Escolaridade	Parceiro
E1	25 anos	Sim	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E2	31 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E3	26 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E4	21 anos	Sim	Ensino Médio completo	Sim
E5	26 anos	Sim	Ensino Médio completo	Sim
E6	26 anos	Não	Cursando ensino superior	Não
E7	25 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Não
E8	26 anos	Não	Analfabeta	Não
E9	19 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Não
E10	33 anos	Sim	Analfabeta	Sim
E11	22 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Não
E12	20 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E13	20 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E14	28 anos	Sim	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E15	28 anos	Sim	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E16	23 anos	Sim	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E17	22 anos	Sim	Ensino Fundamental incompleto	Sim
E18	32 anos	Sim	Ensino Médio completo	Sim

QUADRO - Caracterização dos sujeitos

A faixa etária não foi um determinante importante que fizesse diferença no decorrer do estudo. As emoções e os sentimentos após o nascimento transcorreram de maneiras singulares, mas o enfoque na preocupação de como cuidar deste novo ser foi à tônica descrita na observação realizada durante as entrevistas com as mulheres.

A escolaridade também não revelou preocupações maternas que modificassem as expectativas que gostariam de ter encontrado no sistema de Alojamento Conjunto hospitalar. Todas foram unânimes em busca de atenção profissional e presença de uma rede de apoio, que fortalecesse a forma pela qual poderiam cuidar melhor de seus filhos.

A não existência de parceiros também não foi um dado preponderante para a expressão do estado materno primário, porém ter tido a sua presença no parto, nascimento ou pós-parto fazia diferença no momento do manejo da criança na maternidade a qual permitia sua presença, ou melhor, a sua permanência.

Com relação à idade das depoentes, estas variaram de 20 a 33 anos, mas durante a pesquisa, cujo foco era o espaço de cuidar, todas demonstraram claramente que a idade não fazia diferença nas expectativas esperadas no espaço de cuidar de seus filhos, o Alojamento Conjunto.

A pesquisa não possuiu nenhum financiamento externo. Considero que os riscos foram mínimos, quase desprezíveis. Porém, caso fosse detectada a possibilidade de se configurar alguma situação de risco para o sujeito da pesquisa, esta seria interrompida imediatamente e os cuidados necessários para a proteção da mulher e seu bebê seriam levados a cabo, visando seu bem-estar e, se necessário, a atenção oportuna de outro profissional (de acordo com a problemática apresentada) providenciado pela pesquisadora.

Para análise dos dados utilizei a categorização por unidades de registros: os depoimentos foram imediatamente transcritos e lidos exaustivamente para a construção das categorias. “A palavra categoria (...), se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com categorias comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série” (MINAYO, 2002, p.107).

A Análise de Conteúdo foi o método de análise dos dados. Esta pode ser definida como um conjunto de técnicas de comunicação, visando a obter, por procedimentos interativos e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativas ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos à condição de produção/recepção (variáveis inferidas) (BARDIN, 2004).

Para Minayo (2002, p.203),

a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados. Para isso a análise de conteúdo relaciona estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem...

Segundo Bardin (2004, p.37)

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para familiarização dos textos com o conteúdo das mesmas, inúmeras leituras flutuantes foram realizadas. Destas partiu-se para definição por parte do pesquisador de quais seriam as unidades de registros (UR) a serem marcadas em cada entrevista. A aproximação das expressões centrais nas falas individuais foi a forma de identificar o quantitativo de unidades de registros tantas quantas fossem necessárias. Antes de chegar às categorias definidas, as (UR) foram associadas e nomeadas em unidades de significação e temas. Com a

eleição das seguintes categorias deu-se início à discussão e análise dos dados evidenciados: descobrindo o *holding* (sustentação) materno no Alojamento Conjunto; identificando o *handling* (manejo) materno na vivência das mulheres no Alojamento Conjunto e conhecendo o *object-presenting* no Alojamento Conjunto.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Após estabelecer as unidades de registros, dividi os dados em três categorias para análise: descobrindo o *holding* (sustentação) materno no Alojamento Conjunto; identificando o *handling* (manejo) materno na vivência das mulheres no Alojamento Conjunto e conhecendo o *object-presenting* no Alojamento Conjunto. Das entrevistas transcritas extraíram-se os trechos pertinentes que fundamentaram a interpretação atribuída aos dados evidenciados.

Apresentamos as falas das mulheres que fundamentam as interpretações feitas e, posteriormente, a correlação com o referencial teórico adotado. Assim, descrevemos as vivências das mulheres em relação ao cuidado materno no espaço do AC e analisamos simultaneamente o AC como espaço do cuidado materno, que são os objetivos propostos neste estudo.

3.1 Descobrendo o *holding* (sustentação) materno no Alojamento Conjunto

Na concepção de Winnicott (2000), o cuidado materno se forma desde o ventre materno, mas traz em si configurações da cultura da mulher, de sua percepção da maternidade, de vida, seu entendimento de como pode e deve se estabelecer como mãe.

História de vida materna na construção do cuidado materno:

[...] porque eu era muito pequena minha prima fez uma porção de coisas no meu rosto. Sei que falavam que eu via e vejo muita televisão até hoje [...] E1

[...] sou soro positiva, não tenho vergonha de ser assim, entendeu? Eu era muito levada muito arteira mesmo, mesmo. Minha mãe tinha quarenta e poucos anos disseram que eu teria algum probleminha. Nasci normal, mas estou um pouquinho agitada ainda, agora depois do filho quietei um pouco quero deixá-lo mais calminho [...] E2

[...] minha mãe quase me tendo com a cabecinha do lado de fora ia ao elevador e disseram para ela ir para o pré-parto aí ela pediu para ir para sala de parto como ela queria comer quiabo com galinha minha mãe disse que foi aí que escorregou que nem quiabo [...] E3

[...] minha mãe me contava que o parto foi normal, um parto muito tranquilo. eu fui criada na cozinha do restaurante onde meus pais trabalhavam Eu fui criada na barra da saia da minha mãe no meio de adultos, a gente brincava mas tinha muita relação com adultos. [...] E5

[...] meu nascimento foi um trabalho de parto muito longo. E foi um parto difícil, mas em relação à minha infância eu sempre gostei muito de brincar e estudar. [...]
E 6

Nestes depoimentos, encontra-se o traço da função da mãe como uma âncora para a mãe atual. Conhecem suas histórias de nascimento, sabem de suas condições biológicas, como corpo que cuidará de alguém. A integração (pai/mãe) na qual elas foram sujeitos do processo e produto. Na história, revelam adversidades e nem por isso anularam-se sob as perspectivas de se tornarem mães.

Sob este tema a modelagem da mãe “suficientemente boa” não quer dizer que as condições da maternagem sejam boas, para gerar mães assim. Mas quer dizer que, para essas mulheres, não importaram as condições de vida, elas eram mães e ofereceram o melhor de si para as que hoje também o são.

O estabelecimento do estado de preocupação materna primária se dá pela necessidade materna de realizar a maternagem interpretando aquilo que adquiriu na vida. A mulher aprende a interpretar e nominar o que é bom para seu filho. No espaço de cuidar no AC, em sua admissão ou em algum momento, temos que resgatar a história de vida da mulher para a partir daí dimensionarmos como pode vir a ser seu *holding*. É possível que as falhas do estado materno primário ocorram devido a traumas ou mesmo desajustes que ficaram no consciente e/ ou no subconsciente dessas mulheres.

O fato é que temos que identificar estas falhas e favorecer a recuperação da mãe para que, com gestos espontâneos, elas realizem o cuidado materno e estabeleça uma relação bem sucedida com seu filho e, ainda, que ela encontre prazer nela, pois segundo Badinter (1986) caso a mãe fuja disto, o mesmo poderá levá-la a certa culpa ou frustração.

A maternagem dita por Böing e Crepaldi (2004) estabelece um vínculo afetivo com os bebês e pode ser compreendido como o conjunto de cuidados dispensados ao bebê que visa suprir suas necessidades e, ainda segundo Winnicott (1999), o cuidador deve ter a capacidade de perceber como o bebê esta se sentindo, reconhecendo assim a sua subjetividade.

A interdependência imposta no cuidado materno:

[...] eu me lembro que minha mãe tinha que trabalhar fora e eu fui criada pela minha avó. Eu peguei a experiência mesmo sendo muito levada, que eu posso cuidar da minha filha [...] E7

[...] ah! Foi que quando eu nasci eu era uma menina muito esperta, inteligente. Só que meus pais eram muito novos. Eu fui criada com eles por pouco tempo depois fui com minha avó.
E4

[...] eu fica com minha irmã ela me dava banho, me dava comida, ficava comigo me levava para a escola [...] E10

[...] eu era levada para caramba. Minha avó cuidava de mim. Minha mãe trabalhava fora [...] E 15

[...] minha mãe saía para trabalhar eu ficava chorando muito e saía atrás dela. Então eu ficava com minha avó que cuidava de mim [...] E 12

Já está presente, pela história da mulher, o momento da desagregação do bebê. Se ela passou por esta experiência e consegue ser mãe, então, ela admite não ser necessário o estado quase obsessivo de ficar com seu bebê, de estar junto dele. Mas, há de se ter respeito ao período sensível para a vinculação. Como colocam Winnicott (1994) e Roudinesco (2003), a mutualidade e a confiabilidade devem fazer parte do jogo relacional na criação do vínculo mãe-bebê e não é por conta dos ditames sociais que ele deve ser quebrado e interrompido desde o espaço do AC.

Se no espaço do AC negligenciarmos o processo do vínculo da díade ou da tríade dos pais em relação ao bebê, quem dará a este ser a relação objetal de se ver? Porque dele alguém cuida. A enfermagem não pode e não deve tomar para si esta condição. A impessoalidade rege o cuidar profissional. Logo o bebê perceberá que não lhe dedicamos atenção todo o tempo e sentirá a ausência de não ter suas necessidades supridas.

Temos que captar qual familiar se disporá a ser o ser “objetal e ambiente” para o bebê. Permitir a este familiar agir espontaneamente no cuidado, fazendo a interação com o bebê, e descobrir junto com ele estratégias para suprir a ausência materna nas necessidades da criança, é cuidado profissional fundamental.

O profissional deve ter a conscientização de que os cuidados maternos constituem um conjunto de ações que devem permitir ao bebê desenvolver-se bem, sentir-se rodeado de afeição, ter um sono tranquilo, boa higiene, devendo aqueles reconhecer que estes sinais que são imprescindíveis para a sua saúde e o seu bem-estar (FOLLE; GEIB, 2004).

Lembranças de si influenciando a construção do cuidado materno:

[...] lembro pouco. Mas eu era muito levada, gostava de brincar, de correr, fui criada no campo, subia em árvores. Tudo isso eu lembro. [...] E14

[...] minha vida foi feliz fui criada pelos meus pais [...] E 18

[...] falavam que eu era muito quietinha. Ficava em casa vendo televisão E 17

[...] eu era um bebê muito chorona, reclamando de tudo, e tudo que eu queria não pedia, ficava fazendo: hum, hum, hum [...] E 3

[...] é difícil explicar porque eu queria assim aquele carinho da minha mãe e do meu pai que eu não tive [...] E4

[...] eu nasci em casa era muito gorda. Eu era pirracenta chorona, chorava o dia todo [...] E 8

[...] eu era muito chorona, mas é muito difícil eu conversar isso com minha mãe [...] E 9

[...] a primeira filha de meu pai e minha mãe, fui criada com muito carinho [...] E5

Verifica-se, pelas falas, que memórias de si, positivas e negativas, perpassam a formação do vínculo mãe-bebê até na concepção que trazem como lembrança de “filhas”. Os processos de maternagem que sofreram demarcação por suas expectativas de não deixarem que isto aconteça aos seus filhos, ao mesmo tempo em que justificam as falhas de suas mães.

A felicidade de ter tido os pais sempre perto lembra o que Winnicott, (2000a) refere ser “a mãe suficientemente boa”. As falas de “ser uma criança chorona”, “pirracenta” dão idéia de resignação de ter-se recebido um ser que não está feliz, porém que caberá a mãe entender esse ser e com ele conviver. Não há o que fazer, ela só precisa se adaptar às necessidades dele, tentar entendê-lo e dele cuidar.

Isto nos remete à formação do vínculo proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) como objetivo para o espaço do cuidado materno no AC. É desgastante para a mulher logo após o parto descobrir-se diante de um ser que tem vontades próprias e ainda está em descompasso com ela. Rapidamente, ela deve se organizar para, no estado de preocupação materna, descobrir símbolos que irão acalentá-lo, ou modos de como ele deseja ser cuidado. Neste momento, a intervenção do profissional, o colo dos profissionais deveria estar proscrito. Porém, estes assumem as resoluções do bebê admitindo fazerem o correto e por não entenderem a formação do vínculo interrompem o processo de maturação emocional do recém nato e o *holding* materno.

Cobra-se dela uma atitude imediata e a mãe se sente desabilitada de sua função materna, entendendo não ser a melhor pessoa para dele cuidar. Na busca de interação, ela oferece o colo, se desdobra em atenção, por vezes não faz sua higiene corporal, fica sem se alimentar, sem se hidratar. Deseja que ele não chore, pois o choro é tido como símbolo da insuficiência do cuidado materno.

Para o bebê, o cuidado realizado pela mesma pessoa permite o reconhecimento da voz, do cheiro, valoriza a continuidade dos laços, contribui para que não sejam desvinculados dos afetos que se fazem. Esta dinâmica de vida traz um bom indício de iniciação da ligação afetiva. Dá sustentação à qualidade de vida da díade, também fundamental para o

desenvolvimento do cuidado materno (SEGUIM; DAFRE, 2006 p.179). Assim também é entendido por Folle e Geib (2004), para quem o cuidado materno envolve um conjunto de ações bio-psico-socio-ambientais que permitem ao bebê desenvolver-se de forma saudável. Este deve ter um potencial de providências (sono tranquilo, alimentação, higiene e outros) a fim de favorecimento de seu bem-estar.

Então, caberia aos profissionais de enfermagem montar a rede de apoio para que o cuidado materno seja efetivo. Estimular a autoestima da mulher, buscar com ela estratégias de interação com seu filho, permitir-lhe desenvolver ações sendo ela mesma para avaliarmos a presença de falhas em seus gestos espontâneos na formação do vínculo. Contudo, pelo incômodo que acarreta às outras mães no espaço público do AC, os profissionais interferem e muito na formação do vínculo, impedindo o estabelecimento de sintonia entre mãe e filho.

Modelando o cuidado materno:

[...] eu sei que é peito. Minha mãe teve quatro filhos. Os quatro foram ao peito. Eu sei que é para amamentar e ficar de olho nos pequeninhos. Cuido como ela fez, tento fazer o máximo.
[...] E1

[...] a minha sogra queria que eu tirasse o bebê, eu falei que não tiraria. Por isso estou na casa de minha mãe. Porque minha mãe tinha maneira certa de falar [...] E2

[...] ah! Eu tento ser... Deixar ele mais calminho? Porque eu era muito levada. [...] E3

[...] eu tiro de mim mesma porque meu pai e minha mãe não me criaram. Então isso mexeu um pouco com minha cabeça. O que eu queria para mim passo para meus filhos [...] E4

[...] minha mãe sempre me educou bem, graças a Deus. Meus pais sempre valorizavam muito a presença deles. O trabalho era a vida deles, mas minha mãe sempre se preocupou em estar fisicamente presente. Eu to dando tudo isso que eu posso. Para Maria Luiza, para eu poder estar sempre presente eu tranquei a faculdade, para dar maior atenção. Porque eu vejo muitas mulheres arrependidas de ter deixado os filhos nesses primeiros meses de vida [...] E5

[...] eu fui crescendo assim vendo-a fazer as coisas e aprendi com ela. Passo mais ou menos o que eu aprendi com minha irmã [...] E 10

[...] eu fui cuidada com muito amor e carinho com certeza isso vai ser passado para ela. Ter família sempre junta e todo mundo ajudando um ao outro. Sem dúvida isso vai ser passado para ela. Tenho certeza que isso vai ajudar muito [...] E 13

Essas falas confirmam que toda mulher se dedica a cuidar de forma comum a um bebê. Isso, elas fazem simplesmente, mas conseguem fazer muito bem, de acordo como foram cuidadas (Winnicott, 2006). As experiências de vida e suas histórias projetam modelos de maternagem críticos que as induzem a agir dessa ou daquela forma.

A presença de acompanhantes e familiares tem importância capital, uma vez que representa a presença da forma de cuidar apreendida no processo de socialização, além de tornar familiar que é estranho, ou seja, neutraliza a estranheza do ambiente. A família pode ser definida como um sistema destinado, em última instância, a promover a saúde de seus membros. O processo de cuidar é construído ao longo da convivência familiar, e por isso denominado como cuidado familiar⁶ compartilha, com os sistemas profissionais, da busca pelo bem-estar do indivíduo (ELSEN, 2004).

No entanto, valorizar a presença dos familiares somente quando nós profissionais tratamos de obter seu auxílio para práticas centradas no diagnóstico e terapêutica corresponde a uma forma tradicional e limitada de cuidar (GOMES; GAÍVA; OLIVEIRA, 2002). O desafio é fazer com que a enfermagem entenda a família como um foco do cuidado, mas isso exige uma mudança de perspectiva (PEDROSO; BOUSSO, 2004).

Assim, não é suficiente informar, impor, fixar; é preciso construir com estas mulheres e suas famílias, neste meio em que estão inseridas (o Alojamento Conjunto), um plano de cuidar que ofereça cuidado materno respeitando sua autonomia.

O Alojamento Conjunto deve ser considerado um espaço no qual profissionais e mulheres trocam saberes e experiências relacionados ao pós-parto. Assim, a presença do profissional cuidador deve favorecer informações precisas e compartilhadas com a mulher de quem cuida para que diminuam suas dificuldades ao prestar assistência aos seus filhos e a si mesma. Conforme Monticelli (2003), pode-se entender este espaço como um local que assegure a adaptação da mulher neste processo de transição da vida. Sua satisfação deve repercutir de forma adaptativa, que não implique em medo, dor ou ansiedade e sim autoconfiança e felicidade na percepção desta nova fase da vida que ora se inicia.

Neste período, a ação com as mulheres deve manter um nível de qualidade que a auxilie e sua família a um bom relacionamento, estabelecendo um vínculo afetivo e estimulando a participação dos pais nos cuidados com o bebê. Incentivar o aleitamento materno em livre demanda, permitir melhor interação e observação da díade mãe-bebê pela equipe de saúde. Todas as práticas que estimulem a autonomia da mulher, através do reforço das condutas positivas para o auto cuidado da mulher devem ser centradas neste espaço (BRASIL, 1993).

⁶ São palavras da autora: “O cuidado familiar concretiza-se nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar e se direciona a cada um de seus membros, individualmente ou ao grupo como um todo ou em parte, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar, realização pessoal, inserção e contribuição social.” (ELSEN, 2004, p.23).

A promoção da saúde materna no AC valoriza o bem estar da mulher e a orientação para o cuidado não deve desencadear qualquer dificuldade para quem recebe a assistência. Suas dúvidas e perguntas devem ser respeitadas e atendidas, mobilizando-se para prevenção de complicações, tanto da saúde materna quanto neonatal. Isto está normatizado desde 1993, pelo Ministério da Saúde e o profissional de saúde precisa estar preparado para adotar uma postura diferenciada, que promova os cuidados necessários à demanda de sua clientela (SOARES; SILVA, 2003).

Ficou claro nesta categoria que o cuidado materno, o *holding*, e o estado de preocupação materno primário se conformam através da história de vida das mulheres mães. A maternagem é um somatório histórico cultural daquilo que vivenciaram junto à família, cujas emoções geram sentimentos sustentadores de opinião de como irão desenvolver a maternagem. Atentar para os indicativos de falhas na formação do vínculo e respeitar a autonomia materna é função primordial daqueles que lhe destinam cuidados no AC.

Não se pode mais adiar uma (re) configuração do espaço de cuidar dos Alojamentos Conjuntos hospitalares. Precisamos organizar e gerenciar a assistência de enfermagem vislumbrando as práticas da democracia e da cidadania e descobrindo pela sistematização da assistência qual o *holding* proposto pela cliente, a fim de mediar e facilitar sua instalação. As rotinas e protocolos de enfermagem devem atender à autonomia da clientela objetivando a formação do desenvolvimento emocional de seres humanos

3.2 Identificando o *handling* (manejo) materno na vivência das mulheres no Alojamento Conjunto

O cuidado materno envolve ainda a liberdade de agir para com o filho da forma como eles se entendam e se deem bem. Tanto a mãe se sente bem por poder cuidar dele como o próprio bebê se sente feliz. Para estas mulheres esse envolvimento afetivo é fundamental para o desenvolvimento de seus filhos e de si mesma como mães e mulheres. O cuidado também é considerado como atitude ética onde se percebem e se reconhecem os direitos umas das outras (WALDOW, 2001; BOFF, 2004)

A vivência do manejo do bebê no espaço de cuidar do AC:

[...] me senti muito a vontade, principalmente porque lá se deixa o pai entrar [...] E1

[...] consegui cuidar como eu gostaria, porque ninguém ficou me discriminando, me fazendo pergunta, ninguém mesmo sendo eu soropositiva [...] E2

[...] eu não sabia nada nem trocar fralda. Mas depois que eu peguei ele no colo, aí eu vi que posso cuidar dele só. Minha sogra estava lá ela pegou nele primeiro porque eu estava me sentindo muito mal. Mas eu já dei banho nele antes de vir para cá. [...] E3

[...] me senti estranha. Senti-me muito estranha. Pelas coisas que aconteceram lá, eu pensei que fosse tudo diferente... O meu filho também ficou naquela injeção que me matava. Eu já não agüentava mais, é que eu chorava o tempo todo. [...] E4

[...] Eu acredito assim que você é ética quando é mãe. Mas tem certos tipos de cuidados, como se a mãe tivesse que ser profissional, trocar fraldas, dar de mamar, você cumprir os horários certinhos, você não ser uma mãe relaxada [...] E5

[...] eu vejo que ele precisa nesse momento muito de mim. Porque basicamente a criança nesse momento tem fome, sede tem que dormir... Eu acho que é este olhar que a gente tem com a criança. Esse olhar dela fixo é a coisa mais marcante [...] E6

O manejo é desenhado pelo desejo que a mãe tem de cuidar bem e de cuidar certo. Ele é construído pela tradição familiar e pelas experiências que a mulher vai coletando com sua história de vida. Mas o manipular um recém nato passa pela tranquilidade do corpo da mãe, do seu sentimento em relação ao filho e do apoio que a família pode lhe dar. Winnicott (1999) diz que, no estado de preocupação primária, a mãe ao praticar o *handling* vai tornando o bebê dependente de sua existência extrauterina. Ela é como um filtro no ambiente externo. As sensações agradáveis do bebê são promovidas pelos gestos espontâneos maternos.

Ela mesma, sem dominar técnicas de cuidar, vai estabelecendo jogos de relacionamento com seu bebê e acaba traduzindo para ele o ambiente externo (mundo). Odent (2002) classifica como o estar junto. A criança vai conhecendo sensações nunca antes vividas e a mãe precisa estar ali, de maneira onipotente, ela deve ser capaz de prever o que ele sente e gosta.

A mãe que canta enquanto banha o bebê, aquela que sussurra no ouvido da criança dizendo frases de esperança e demarcando sua presença enquanto troca fraldas ou oferece o peito vai anunciando para seu filho que ela está ali.

Fazem-se as práticas com agilidade porque o bebê não “sabe esperar”, ele chora, se exaspera; ou se o bebê é calmo, ela demora, tem manejo vagaroso, o filho vai se adequando ao longo do jogo relacional. Ele aprende a diferenciar sua voz, seu cheiro, o cheiro do leite materno, o toque da mãe, os movimentos de segurança. É nesse momento que a enfermagem pode estar contribuindo caso haja falhas ou a mãe não tenha habilidade para o manejo. Mas

não é realizar o cuidado e pronto. É acima de tudo orientá-la para buscar seu próprio caminho de realizar as práticas.

O espaço do AC deve permitir a mulher cuidado com o RN e consigo e seu filho. Conforme Bulhosa, Santos e Lunard (2005), é importante darmos a todas as mulheres, não apenas às primíparas (consideradas marinheiros de primeira viagem), atenção necessária para potencializarem seu fazer, ampliando sua instrumentalização como mulher para seu cuidado e de seu filho, tendo como fim a promoção da saúde.

O manejo gerando domínio do cuidado materno:

[...] eu acho que a gente tem que ter um esforço, de esquecer tudo que está à volta... Porque a interação a troca de experiências com as outras faz a gente ver o filho melhor [...] E6

[...] o bebê precisa de carinho, atenção muito cuidado de mãe, com muita paciência. Certas vezes eu ficava um pouco perdida e nervosa era tudo muito novo para mim, depois me deu segurança para iniciar sozinha os cuidados [...] E7

[...] eu tinha medo de fazer as coisas e depois que eu tive que fazer, as vezes eu ficava quieta e calada com minhas dificuldades. Quem tem que fazer é a gente mesmo. Antes eu achava que o bebê sumia e vinha depois só pra mamar, mas não o bebê fica o tempo todo com você. Isso para mim foi bom. [...] E 10

[...] eu consegui fazer o que queria, até dar banho nele. Este lugar me deu experiência. Mesmo ele tendo um probleminha. Eu vou fazer tudo que ele precisar. Lá eu já consegui fazer. [...] E12

[...] nunca vi um recém nascido assim, nunca cuidei antes. Porque ela é minha filha tinha que cuidar mesmo. Eu pensei que seria muito difícil, mas no final foi fácil. Quando minha filha veio para mim pensei que já tinha cuidado de dez ao mesmo tempo. [...] E13

[...] lá eu cuidei dela direitinho, pensei que não fosse dar banho, fiquei com medo, mas fiz. Foi legal foi bem gostoso. [...] E15

[...] fiquei segura porque em nenhum outro momento estive só. Aprendemos vendo os outros cuidarem das outras crianças. Acho que não tem livros que ensinam, nem manuais. Quem mostra para você é a vida e o jeito que você faz de cuidar. [...] E 18

Muitas vezes anulamos o esforço materno entendendo que a mulher não sabe o que faz. Impedimos que ela sentisse domínio do manejo de seu bebê porque reforçamos negativamente suas atitudes.

Granato (2000) concorda com Winnicot (2006) dizendo que a mãe naturalmente aprende e vai construindo o domínio do cuidado de seu filho. Penso que é por isso que muitas mães não desejam que a equipe tenha tanta proximidade com o recém nato. Chamamos a isso “ciúmes”, mas não passa de apego doentio e excessivo, natural deste período de sustentação materna seguida de aprendizado do manejo.

Como profissionais de saúde que atuam nas 24h junto a essa mulher, deveríamos atentar pelo tipo de prática que ela imprime em sua relação com o filho. Precisamos criar ferramentas assistenciais que possam avaliar como esse processo se instala e o que nele pode ser melhorado.

Há muito que a enfermagem, principalmente os enfermeiros obstétricos, pouco discute o AC e também tem dificuldade em propor ferramentas de avaliação materna para o cuidado materno adequado ao bebê no espaço hospitalar.

Ao deparar com os estudos de Zagoneli et al. (2003), os cuidados de enfermagem no período de pós-parto têm por meta oferecer meios à mulher de desenvolver estratégias para adaptação à maternidade, principalmente através da rede de suporte profissional, assim sendo, os enfermeiros devem se habilitar a dar suporte às futuras mães para enfrentarem as mudanças e novas necessidades em suas vidas.

O manejo limitado:

[...] preciso cuidar dele, ver porque está chorando, não dou de mamar porque não posso, mas dou mamadeira. É diferente porque as mães podiam amamentar, quando os bebês choravam. Elas podiam eu não. Então eu tinha que me controlar, acalmar ele e esperar para dar o leite no copinho quando chegava. [...] E3

[...] o parto. Eu não tenho passagem, eu dilato pouco. tinha gritado que não podia ir para o parto normal, eles forçaram muito meu parto. Por fim me deixaram sofrendo um bom tempo depois que a criança produziu mecônio é que eles correram para o centro cirúrgico comigo. Eu não tinha forças e aí eles no início cuidaram da criança porque ela veio logo para mim, mas eu estava mal. é difícil explicar só vendo [...] E4

[...] foi difícil, como foi cesárea fica tudo complicado. É complicado levantar, pegar ele no colo, trocar fraldas. Eu queria muito que fosse parto normal, porque aí eu ia poder cuidar dele direitinho. Isso complicou para cuidar dele. [...] E 14

[...] foi complicado foi muito complicado. Eu não tinha experiência. Quando sai da sala de cirurgia eu tinha de dar de mamar ali mesmo. Eu não sabia como fazer, ali mesmo ela machucou meu peito. Era difícil subir e descer da cama para cuidar dela. Eu tive de fazer tudo do meu jeito foi ruim foi muito ruim. [...] E17

Os profissionais envolvidos na assistência no pós-parto devem fazer avaliação sistemática do estado da cliente para promover interação sem traumas e ou limitações em relação ao manejo do bebê. Estas mães relataram ser o parto cesáreo fator limitando para o manejo. Então podemos inferir que sob os aspectos de formação de vínculo, o parto cesáreo, que é a extração do recém-nato, já traz em si malefícios de não continuidade para que a mãe entre no estado de preocupação primária e, muito menos, que o desenvolva a contento.

Anteriormente, nas maternidades, tínhamos um berçário de bebês saudáveis que a enfermagem se responsabilizava pelos cuidados maternos até que a mãe se restabelecesse para assumir a maternidade. Entretanto, atualmente, este espaço não se dá e profissionais ficam solidários a essas mulheres, porém, de fato, seus bebês são “olhados” por fim (de demais atividades). Elas tentam a superação materna, mas ficam prejudicadas pelas patologias que apresentam ou mesmo tão só pelo ato cirúrgico a que foram submetidas.

O manejo fica prejudicado, o acalento e aconchego ocorrem tardiamente, as práticas maternas são absorvidas ou pela enfermagem ou pelo familiar, mas o bebê não passa pela sensação de ser um só com sua mãe. Este processo se instala tardiamente e com certeza traz consequências.

A autonomia materna e suas consequências para o filho ficam inviabilizadas, pois como disse Gauderer (1998), o contato pele a pele não ocorre, há um elemento mediador, a criança não consegue realizar o elemento de identificação, pois as mãos que lhe cuidam são diversas. Ela se torna insegura de quem irá lhe prover às necessidades. Passa-lhes o sentimento da ausência de assumir a maternidade, de não estar dando conta do filho que a espera, de sentir dores e de ter doenças que a impeçam de manejar corretamente o bebê.

Admito que os enfermeiros tenham negligenciado a avaliação do vínculo mãe bebê. Qual tem sido nossa atitude? Fazemos processos de educação para a saúde em relação ao banho, coto umbilical, mamada ao seio, troca de fraldas, voltamos para o controle biológico do corpo da criança, mas quais têm sido as ferramentas assistenciais para dimensionarmos as possíveis falhas “no e do” vínculo?

As autoridades de saúde deste país ainda não conseguiram diminuir as taxas de cesarianas como se preconiza mundialmente. Muitas instituições ainda não deixam os familiares acompanharem o parto e nascimento e, por vezes, se espolia financeiramente os pais em troca de uma assistência mais humanizada.

Como Braselton (1988) nos afirma, a função materna precisa da contribuição familiar e esta deve ser apoiada e valorizada para que possa de forma tranquila transmitir seus valores com relação aos cuidados dispensados aos bebês.

O manejo prejudicado:

[...] ela veio para mim no outro dia. Ficavam dando leite para ela. Então isso fez com que ela não mamasse. Ela nunca pegasse o peito. Lá ela não mamava no peito. Mas eles diziam que

eu tinha que dar o peito. Lá eles exigiam que eu desse o peito. Agora minha filha está no peito. [...] E1

[...] o parto. Eu não tenho passagem, eu dilato pouco. tinha gritado que não podia ir para o parto normal, eles forçaram muito meu parto. Por fim me deixaram sofrendo um bom tempo depois que a criança produziu mecônio é que eles correram para o centro cirúrgico comigo. Eu não tinha forças e aí eles no início cuidaram da criança porque ela veio logo para mim, mas eu estava mal. è difícil explicar só vendo [...] E4

[...] foi difícil, como foi cesárea fica tudo complicado. É complicado levantar, pegar ele no colo, trocar fraldas. Eu queria muito que fosse parto normal, porque aí eu ia poder cuidar dele direitinho. Isso complicou para cuidar dele. [...] E 14

[...] foi complicado foi muito complicado. Eu não tinha experiência. Quando saí da sala de cirurgia eu tinha de dar de mamar ali mesmo. Eu não sabia como fazer, ali mesmo ela machucou meu peito. Era difícil subir e descer da cama para cuidar dela. Eu tive de fazer tudo do meu jeito foi ruim foi muito ruim. [...] E17

Conforme preconiza as normas básicas do AC (Brasil, 1993), a presença do RN junto a sua mãe desde o primeiro momento, a participação do pai, a amamentação sem horários rígidos, tende a facilitar para a mulher o estado de *preocupação materna primária*, porém quando esta sente dor e não consegue dominar seu corpo no sentido de corresponder aos desejos do filho e aos cuidados que dele demandam, por não se sentir capaz de realizá-lo, ela assume, ou muitas vezes nem percebe, que não está conseguindo entrar neste estado tão importante neste período.

Uma das premissas a serem alcançadas na humanização é o estabelecimento de vínculo afetivo entre a mãe e seu filho. Winnicott (2000a) diz que qualquer um pode substituir a mãe nos cuidados quando ela não pode realizá-los, mas o vínculo estará limitado tendo em vista que o que o bebê espera é uma mãe com devoção total. Ele propõe então que se utilize o pai na promoção de um holding efetivo e em decorrência disso um *handling* que não se torne descontínuo.

Cumpre-nos a avaliação clínica do estado materno, detectando as impossibilidades de manejo imediato de seu bebê, para fortalecer o vínculo e promovê-lo tão logo a mãe se estabeleça fisicamente.

Se o acompanhante da mulher for orientado desde o período pré-natal, ou ainda no pós-natal, pode-se ter algum sucesso para compreensão de um *handling* satisfatório. Contudo, inúmeras vezes estas mulheres informam não ter ocorrido à possibilidade de serem acompanhadas por seus familiares, mesmo sendo uma legislação vigente de proteção à mulher.

Baseado no que foi apresentado por Beretta et al. (2000), considera-se fundamental que a instituição capacite seus recursos humanos com conhecimentos mais abrangentes para

que possam abordar a díade mãe-bebê e o seu relacionamento com a família de forma adequada com a finalidade de minimizar o prejuízo ao manejo das mulheres aos seus filhos no sistema de AC.

Precisa-se de mobilizar gestores e conclamar profissionais para estarem sensíveis na adoção de práticas positivas de promoção do vínculo mãe-bebê ainda que em situações adversas. No espaço do AC pode-se também estabelecer um plano de manejo junto à mulher, no sentido de sob seu desejo e sua maneira de cuidar, o manejo de seu bebê seja realizado sem que se forme a inadequação, sob seu ponto de vista do seu manejo do cuidar do RN.

O manejo concebido:

[...] cuidado materno é peito, dar bastante peito. [...] E1

[...] fazer as coisas direito porque a criança tem que ter um espaço de liberdade que nem um adulto. [...] E2

[...] cuidar dele, dar atenção, não posso amamentar mas posso dar cuidado a ele [...] E 3

[...] cuidado materno é a gente fazer tudo para ele, é cuidar bem do filho, é difícil explicar só sentindo [...] E4

[...] é você estar presente, você ter assim muito amor, carinho, ser animada, empolgada, ter vaidade por agora você tem um filho, trocar fralda, dar de mamar, ser relaxada, não colocar nada na frente da criança, Você tem que deixar seu marido de lado, mas o lugar dela o horário o espaço, tudo isso você tem que dar para ela [...] E5

[...] cuidado materno é amor, mas não dá pra gente ser tão exclusiva, tem que ter junto os familiares [...] E7

[...] é você estar vendo o que a criança quer [...] E8

[...] cuidado materno é a gente fazer tudo do jeito da gente, do jeito que é nosso jeito. O pessoal pode até ficar perto, mas é a gente que tem que fazer. [...] E10

Na concepção do cuidado materno encontramos o que Monticelli (2003) acrescenta à teoria winnicottiana, há uma simbiose biológica que ninguém consegue entender. Ela sabe, ainda que não domine o manejo, que ela é quem sabe cuidar melhor de seu filho. A mãe acha-se temporariamente tão identificada com o bebê que sabe, sem pensar, do que ele precisa. E, no entanto, ela o faz sem perder a sua própria identidade.

Nas falas, encontra-se a noção de espaço de cuidar (ela e o bebê), já se percebe na concepção do cuidado materno o *object-presenting*. Ela é o melhor ambiente para seu filho. O filtro materno dará as melhores condições dele se pôr na vida. O seu jeito de cuidar fala da interdependência que ela espera que ele tenha ao olhar para ela, ao oferecer o seio, ao trocar a fralda, ele tem de identificá-la e, dela depender, “é a mamãe”.

Também se dá o reconhecimento da manutenção de sua identidade. Ela precisa ser olhada, cuidada e não pode esquecer que mesmo dando a primazia ao filho, exclusividade, ela tem o marido, e a si mesma para cuidar.

No espaço do AC a enfermagem precisa oferecer à mulher esse momento de rever-se enquanto mulher. Seu asseio, alimentação, repouso, recuperação, numa relação de ajuda e identificação de como ela se põe para estabelecer com seu filho o *handling*, sem desprezar seu autocuidado. Uma vez mais, o olhar atento e a identificação de falhas no processo de cuidar podem produzir um equilíbrio sobre a maneira dessa mulher se conduzir.

Nesta categoria, identifica-se que a mulher tem prontidão para cuidar de seu filho, mas às vezes encontra limitações em realizá-lo. Aceita que o manejo seja feito pelos familiares e confirma a premissa que ela, no estado de dedicação exclusiva, possibilita que os profissionais a ajudem a melhorar o manejo que ela desejou realizar com seu filho através da relação de colaboração nos cuidados maternos, sob a luz da educação em saúde.

Conforme Oliveira (2001), acariciar com suavidade o corpo do bebê, colocá-lo junto a si, embalando-o com a finalidade de transmitir que existem coisas boas para ele neste mundo é uma prática que deve ser incentivada pela equipe de enfermagem.

3.3 Conhecendo o *object-presenting* no Alojamento Conjunto

Winnicott (1990) concebe ser a “*mãe objetal*” como aquela que promove a interação do bebê com o mundo. Ele deseja o toque, o estar junto dessa mãe. Como quando ela leva o bebê ao seio, não só oferece o alimento, mas, ao mesmo tempo, segurança, apoio, e ele se sente fortalecido. E a “*mãe-ambiente*” é aquela que cuida para que haja o reconhecimento por parte dele que seu espaço foi introduzido, delimitado, não deve ser perturbado.

Inicialmente, ao referirmos essa categoria, sabemos de sua limitação em função do espaço de cuidar no AC. Contudo, não se pode dissociá-la do mundo assistencial, pois, hoje em dia, na dinâmica intra-hospitalar, quando há necessidade de prolongar a internação do RN, estimula-se a mãe a trazer pertences e introduzir objetos que ficam constituindo elementos identificatórios que ajudarão o bebê futuramente à compreensão de espaço assegurado, pois em casa os encontrarão também.

O AC permitindo a mãe-ambiente e objetal:

[...] eu não tive problema nenhum, meu pré-natal foi lá eu já conhecia tudo, eu quis ter lá.
[...] E1

[...] ninguém me incomodou, ninguém ficava me tratando diferente, te chamam para dar o remédio, te chamam para cuidar do filho direitinho, o diretor de lá é muito bom, tudo certinho até o remédio que colocam na sala de parto [...] E2

[...] o lugar tava cheio de aparelhos, aí eu pedi para melhorar ele me deu uma injeção, me senti melhor, toda hora vinham e me perguntavam seu estava melhor, aí eu pude cuidar dele.
[...] E 3

[...] eu me senti muito a vontade, por causa do ambiente, assim ficou bem. Eu via tudo que acalmava que era bom para mim no parto e eles ajudavam, a gente tem noção? Eles tinham bom humor. A minha mãe tava lá ela me ajudou. Então isso me trouxe muita calma eu fiquei tranqüila. [...] E4

[...] foi legal, eu tive que aprender com eles. Minha filha precisou de cuidados especiais e eles estavam lá. Conseguia fazer com a ajuda deles e depois do meu jeito, eles me ajudaram muito, eu não sabia nada. [...] E7

[...] eu tinha medo de fazer as coisas, quem me ajudou foram eles, mas lá deixaram a Tia dele entrar e aí foi muito bom. Ela me ajudava em tudo, eu consegui cuidar melhor. [...] E9

No espaço do AC a enfermagem tem como sujeito do cuidar a mãe. Portanto, é cuidar de quem cuida. Neste sentido, cuidar dela é permitir que ela seja o objeto de prazer de seu bebê e, ao mesmo tempo, o ambiente de sua relação com o mundo. Ma há limitações no serviço público: não existem quartos individuais; banheiros individuais; local de estar do pai e da mãe diferenciado; local para a mãe introduzir e personalizar a sua estadia no hospital. Tudo isso reduz a possibilidade do *object-presenting*, diretamente ligado à autonomia materna.

A autonomia materna gera o exercício da maternagem efetiva. Waldow (2001) diz que esse é um caminho baseado nas crenças e condições ambientais que se conformam para instrumentar o cliente a ter autonomia de suas ações no estabelecimento do cuidar de si mesmo. Assim, nas falas, as mulheres dizem que esse processo precisa ser anterior à vivência da maternidade.

Estar num ambiente familiar ajuda a fortalecer essa autonomia de ser presente para o bebê e saber, ao mesmo tempo, que se terá suporte de outras pessoas caso não haja autonomia. Permitir que se criasse e configure a confiabilidade do recém nato em ser suprido pelo que a mãe lhe oferece, e isto implica em que permita que ela adquira autonomia suficiente para fazer isso.

A enfermagem tem que estar atenta à promoção deste vínculo mesmo sabendo que naquele momento tudo é incipiente, a mãe e o bebê irão estabelecer relações objetais, prazerosas ou não. Ter paciência, moderação no falar, atitudes positivas, diminuir os agentes

estressores, vai colaborar para que a mãe ambiente seja vista pelo bebê como aquele que bem lhe acolhe. Mãe estressada gera ambiente inóspito, o seio não é prazeroso. Mãe sofrida e chorosa passa ambiente de angústia para o bebê. Mãe cansada é mãe não presente, gera insegurança.

Portanto, a enfermagem precisa estar atenta e, junto com esta mulher, buscar estratégias que possam assegurar sua autonomia sem fazê-la tornar-se inabilitada para cuidar da criança.

Quando se tem alterações patológicas que inviabilizam, por exemplo, a amamentação, sabemos que isto gera um clima de impotência em relação ao sentimento materno e uma não interação com o bebê, gerando nele angústia, choro, impaciência por não se ver atendido de pronto naquilo que sua relação objetal foi ferida.

Hoje, tem-se o incentivo ao aleitamento materno, não só pelas propriedades do leite humano em si, mas também pela abordagem winnicottiana de desenvolvimento emocional pleno sem transtornos para o ser humano.

Segundo os estudos de Griboski e Guilhem (2006), torna-se importante viabilizar possibilidades de empoderamento das mulheres, para que o processo de mudança ocorra nos serviços públicos de saúde, para que elas possam ter o direito de naturalmente serem respeitadas na sua condição feminina de um atendimento digno e de qualidade. Não se sentindo maltratadas nem submissas e, com isso, vindo a prejudicar sua relação presente com seu filho no espaço do AC.

O AC limitando a mãe-ambiente e objetal:

[...] o tratamento deles, você toma um remédio na veia como se fosse... Eles não falam nada. Me disseram fica quietinha que você vai ser anestesiada [...] E2

[...] ah! Foi ficar no soro, eu tinha de cuidar dele, mas tava no soro, então eu não pude dar de mamar [...] E3

[...] trouxe um pouquinho de sofrimento. Uns dizem uma coisa os outros outra coisa, Não fosse algumas pessoas botar a gente para cima, eu achei que ia ficar maluca, fiquei muito chateada, muito triste, parecia que eu ia ficar maluca. [...] E 4

[...] eu achei que algumas técnicas têm que ter respeito com a gente, é uma questão de opinião da gente, de cada paciente, de cada cultura. O atendimento tem que estar o mais próximo possível da cultura da gente, do ambiente da gente, e da comunidade dali. [...] E8

[...] mas o profissional para dar ajuda neste lugar nós não tínhamos. Eles distribuíram os materiais e saíram. Era muito rápido. Eles não voltavam Como eu tinha pouca experiência isso me fez falta. Eu tinha que ir atrás. Quando eu precisava de outros cuidados eu tinha que ir atrás, procurando alguém. Eu não sabia muitas vezes o que fazer. Era tudo muito novo, eu também precisava daquela atenção de mãe. [...] E7

[...] mas eu queria bem, mas atenção das mulheres de lá, bem mais atenção. Mostrando como as coisas tinham que ser feitas. Ainda mais quando se sabe que é marinho de primeira viagem. Se a gente não souber o que fazer fica lá abandonada. Porque se dependesse de alguém lá no hospital elas não me ajudavam em nada [...] E8

Como a mulher pode estar presente e ser prazerosa sua relação com o filho se ela não se sente segura? Se não percebe apoio? Não havia nenhuma intenção de processos avaliativos da assistência prestada. Porém, este dado reflete o modo como estamos cuidando de quem cuida. Descaracterizamos o cuidar materno por descuidar da mãe. Ela não ganha autonomia, não desenvolve o *holding*, não estabelece um *handling* efetivo e não se torna o amor maior do bebê porque não lhe é permitido dele cuidar de sua maneira com o apoio necessário para isso.

Deve-se cuidar para não gerar transtornos na atmosfera da criança. Essa mãe que é “suficientemente boa” precisa de gestos espontâneos, mesmo não sabendo cuidar, ela se dispõe a aprender. Se a enfermagem souber utilizar estratégias de dar voz ao que ela diz e diminuir suas ansiedades, promoverá autonomia e isso a fará desabrochar.

Precisa-se ressaltar que há muito não temos sistematização assistencial construída para o AC, assim, neste espaço de cuidar, as possibilidades se desenham a cada família que por ali passa. Cuidar de quem cuida exige do profissional sensibilidade, pois a mãe é tida como “mulher carente”, “chata”, “ansiosa”. A cada momento, ela solicita ajuda, a cada momento ela checa se aquilo que fez está correto. Ela deseja que a equipe a outorgue sua autonomia. Que diga “é isso mesmo, você fez certo”. Este é um sentimento que constrói a autonomia de se sentir *object-presenting*.

Pensa-se que tal produção de cuidar pode ocorrer antes dela vivenciar o espaço do AC, mas, como Winnicott (2006) diz; “a experiência materna vem por ser-se mãe” Então, ela pode desejar ser mãe, mas só efetivará seu desejo sendo, fazendo, vivendo. Não é momento de abandoná-la, de desprezá-la, é a hora da mutualidade, de estar junto, de verificar os processos falhos e ajudar que ela os supere.

As expectativas do cuidado no AC:

[...] eu, não esperava nada não. Porque eu já conhecia então, eu já sabia que lá ia ser bem cuidada. E foi o que aconteceu. Eu e minha filhinha foi comigo, fomos bem cuidadas [...] E1

[...] não, eu pensei que fosse chegar lá. Pensei que eles fossem pegar e fazer logo a cesariana. Mas o lugar trouxe tranquilidade, porque quando você é bem tratada é a melhor coisa que você tem na sua vida [...] E2

[...] não, não encontrei paz na hora do parto. Não, no final é que foi ótimo. Assim fui pro quarto, essas coisas. Por mais sofrimento que estava passando encontrei aquele carinho. Todo mundo ficava dando aquele carinho, aquela atenção no quarto. [...] E4

[...] mas eu queria bem, mas atenção das mulheres de lá, é um pouquinho menos tranqüilo do que imaginei que fosse. Eu achei um pouco mais tenso. Bem mais atenção. Mostrando como as coisas tinham que ser feitas. Ainda mais quando se sabe que é marinho de primeira viagem. Se a gente não souber o que fazer fica lá [...] E6

[...] eu esperava encontrar lá outra visão e não esta que eu vi lá. Visão de abandono, essa coisa toda. Os profissionais foram muito ruins, isso me deu muito medo. [...] E9

Falar de assistência foi uma questão difícil, pois processos avaliativos se fizeram presentes. Se não cuidamos como deveríamos e se geramos conflitos assistenciais nas mulheres, estas não se colocam plenamente a par de seus filhos por não se sentirem aptas para fazê-lo.

A apresentação do objeto materno não ocorre de forma espontânea, pois ela não confia naqueles que dela cuidam. O bebê recebe cuidados maternos equivocados pela não pertinência de se fazer o adequado, gerando nele angústia de perceber que o ambiente-mãe não o recebe bem.

O repouso materno não ocorre porque ela tem medo de ficar sozinha diante do ser que está ali, mas com o qual ela não guarda domínio de cuidar. Ela precisa estar alerta em manter-se disponível para o filho e, ao mesmo tempo, fortalecida. Medos, anseios, conflitos começam a gerar desejo de não ficar ali a mercê de pessoas que podem descaracterizá-la como mãe.

Os processos de confiabilidade e previsibilidade ficam prejudicados porque a má assistência faz a mulher desconfiar dos que a cuidam. O espaço do cuidar é tido como algo indesejado, inseguro, falível e desencantador. Então, a mãe ambiente se revolta e dentro do estado de preocupação materna primária, pensa que se faz algo para prejudicá-la, ela se sente só, solitária e abandonada.

Precisamos rever nossas posturas de cuidar de quem cuida. Dar voz à mulher para expressar e avaliar as expectativas do espaço do AC. Ir ao encontro da mãe ambiente com o entendimento de concomitante, com o desenvolvimento de sua maternidade, esta é capaz de avaliar quem dela cuida. Mudar o que lhe ocorre, desenvolver sentimentos positivos sobre como a cuidamos vai propiciar que ela se ponha com exclusividade para seu filho, sem o temor de estar deixando de cuidar dele porque dela não se cuida.

O respeito à dignidade, a confiabilidade em profissionais que ali estão para permitir que ela se desenvolva como mãe, deve ser a meta daqueles que estão assistindo as mulheres

no AC. Assim, a relação objeta do bebê com sua mãe tem início mais precoce e em melhor qualidade.

As mulheres têm como expectativas no pós-parto imediato, segundo os estudos de Almeida e Silva (2008), necessidade de acolhimento, ser respeitada, necessidade de ser ouvida e se sentir segura, necessidade de se ajudarem mutuamente, necessidade de informação e orientação, necessidade de cuidados físicos com seu próprio corpo e vestuário adequado, necessidade de ter uma melhor alimentação e descanso. Isso demonstra o quanto se deve atender com base nas necessidades individuais, com vistas a um atendimento solidário, para melhoria da qualidade da assistência prestada.

Para que o sistema de AC dê a mulher uma boa retaguarda, como nos afirma Frederico, Fonseca e Nicodemo (2000), é importante que se faça um elo junto a elas e à equipe multiprofissional. Que esta esteja bem preparada para atender suas expectativas, desempenhando um verdadeiro trabalho de equipe, objetivando uma assistência libertadora e não paternalista no cuidar.

Avaliando o cuidado profissional no AC:

[...] eu continuo dizendo, lá foi horrível, fiquei com medo. Vim logo para casa. E ainda por cima não tive acompanhante eu esperava que as pessoas fossem me ajudar. [...] E9

[...] às vezes eu fazia tudo que eles falavam, quando eu precisar de qualquer coisa para eu cuidar de mim eu sei que posso voltar lá. Aquele lugar me deu coragem [...] E10

[...] o cuidado profissional é ficar de olho só para me dar uma força. Ter paz, viver em alegria lá, é o que qualquer mãe espera que se dê após o nascimento de seu filho [...] E11

[...] não, gostei nem dos médicos e nem dos enfermeiros. Me deixavam numa sala sozinha . Ninguém falava comigo, não consegui cuidar dele direito. Achei tudo muito ruim. As explicações foram poucas por isso fugi de lá. Lá eu não volto. Encontrei pessoas muito grossas que não me explicavam nada direito. O Conselho Tutelar ligou falando que eu tinha que voltar, deixei o bebê lá. Eles cuidam dele lá. Eu não fui cuidada então não volto lá. [...] E12

[...] esta primeira noite foi horrível. Todo mundo dorme. Eles vão embora, vão dormir e esquecem-se da gente. O soro acaba não vem ninguém. Acho que tinha que ser diferente, a noite ser igual ao dia. Eu ficava com medo da noite. [...] E14

[...] eu queria ter um acompanhante para ficar comigo, eles tinham muito que fazer e eu ficava muito sozinha, porque não pude ficar com minha mãe? Os médicos não passavam lá no quarto só uma vez pela manhã. Eles não davam atenção à gente. [...] E 15

[...] as enfermeiras só me ajudaram no primeiro dia, depois eu fiquei lá sozinha. Ninguém mais me ajudou em nada. Foi horrível me senti abandonada Eu chorava e ficava rezando para passar logo os dias para que eu pudesse ir embora. E17

[...] os profissionais estão ali para dizer-nos coisas sobre como cuidar do bebê. Fiquei ali horas no soro e não vinha ninguém, só depois de muito tempo é que aparecia alguém. Eu queria minha mãe lá eu pegava o bebê no colo e chorava a noite toda. E 17

Nada favorável. Nada pior do que ter que ser o elo do filho com o mundo e não conseguir estar nele de acordo com este mundo. As mães demonstram estarem à mercê da sorte, abandonadas, expressam esse momento com a palavra mais cruel que se tem a respeito de um serviço de saúde e pior, diante do processo da maternidade - abandono.

Ao cuidar, ela não consegue filtrar os dissabores do que lhe ocorre. Levar alguém no colo, cheia de angústias e agentes estressores, pode levar a uma supressão do leite materno, estados psíquicos alterados, leva a uma tal desconfiança que gera medo e permite-se, então, violência institucional, o serviço se propõe a algo, mas não o realiza.

Não há um ambiente saudável e aqui falo do espaço próprio do AC. Onde estão as premissas do cuidado do cliente, com deveres, humanização e proposta de ampliação assistencial? É este o desafio deste estudo de (re) conduzir, de (re) pensar o que está ocorrendo sob a ótica das mulheres no relato de suas vivências. Precisamos parar e nos apropriarmos dos conceitos de winnicottianos no sentido de que essa mãe ambiente e objetal ali presente é o nosso foco de cuidar. Dela, irá emanar o desenvolvimento emocional do filho.

Mas, se, ao contrário, prosseguirmos com este tipo de assistência por ela referido, produzimos e reforçamos mães inseguras, incapazes de lidar com os filhos. Estes serão imaturos sentindo-se abandonados, não confiarão na “presença” materna, o vínculo mãe-bebê ficará corrompido.

Ao citar Rodrigues et al. (2007), verificamos uma equipe de enfermagem envolvida com as mulheres e disponível a ajudá-las em situações de complicações obstétricas que requeriam auxílio imediato, porém, a assistência no AC, dispensada por esta mesma equipe, foi referida como grosseira e antiética, dando a impressão de solidão e abandono para com os cuidados dispensados.

O enfermeiro, na qualidade de coordenador dos cuidados de enfermagem e avaliador da assistência que oferece, deve treinar a equipe para conduzir-se voltada em tornar a mãe objetal e ambiente livre no espaço do AC favorável, sem muitas variáveis externas, contínuo, acessível para ela tirar dúvidas, desfazer mitos, alterar os costumes e práticas de cuidado errôneo, que possa existir.

Vivências que apontam um cuidar diferencial no AC:

[...] aquilo que é gostar da profissão. Tinha uma menina lá que tava toda suja ela foi lá, abriu as pernas dela, limpou ela todinha, trocou ela toda. Aquilo me impressionou, esse parece um lugar de bem. [...] E1

[...] os médicos, tudo foram ótimos. Diziam tudo o que iam fazer comigo [...] E3

[...] a equipe de enfermagem para mim foi ótima eles é que me colocavam pra cima, Tratavam meu filho com aquele carinho, pegavam nele o tempo todo, brincavam com ele. Quando eu não tinha acompanhante para eu tomar banho ficavam com o bebê. Todos que chegavam todos os plantões iam lá para ver meu filho. [...] E4

[...] eu vi assim que eles olhavam para mim com olhar de ternura, me chamou atenção o profissionalismo das pessoas, eles sempre estavam de bom humor. eles me davam muita atenção. Toda vez que vinham eu precisava daquilo. Davam-me um dia de mãe sempre. Não me conheciam, não sabiam quem eu era, mas eu senti muito amor, sabe / muito amor todos os dias elas eram diferentes e estavam ali do mesmo modo. [...] E5

[...] eu achei o trabalho bom, não senti nenhum momento falta da enfermagem, eles eram bem delicados e cuidadosos. Senti falta da equipe dos médicos. [...] E 6

[...] fiquei bem. Mesmo sendo uma coisa nova senti uma energia boa e uma energia ruim. Eu consegui fazer o que queria. Cada dia mais fui gostando de ser mãe. Mas eu não volto para lá porque a médica disse que ele ia ficar retardado se não fosse para a luz. Este lugar me deu experiência. E 11

[...] foram ótimos, Não fiquei nenhuma hora sem a presença deles, principalmente das enfermeiras. Esse começo de vida do meu filho isso foi muito importante para mim e para meu companheiro E 18

Aqui, mesmo diante dos mesmos cenários, a mulher- mãe objetual e ambiente identifica os que dela cuidam com humanização, de maneira adequada, dão atenção, permitem que elas desabrochem para a maternidade.

Sentem-se fortalecidas, empoderadas, corajosas; as três fases de Winnicott (2006) se completam. Ela seguirá seu rumo de mãe que dá conta da dependência do filho com segurança, gostando do que faz, sem sofrimento. O ambiente externo (espaço do AC) cumpriu seu papel de cuidar da mulher de maneira adequada permitindo que ela, no estado de preocupação materna primária, fosse espontânea e acrescentasse vida ao manejo do filho, sem sofrimento.

É válido destacar que os cenários foram os mesmos. O que me faz refletir que as pessoas é que devem produzir um diferencial quando cuidam. Não apenas o recurso material, a lógica institucional, tudo isso é facilitador, mas o cuidar é o fator principal da assistência.

Penso que surge uma tomada de decisão, de demarcar uma atitude facilitadora para a promoção do vínculo mãe bebê, alterando o percurso que os serviços de AC vêm desenvolvendo nos modelos de assistência que oferecem. As vivências das mulheres acrescentam ao modelo humanizado: equipe de bom humor, alegre, atenciosa e disponível a qualquer momento.

Elemento que não pode deixar de ser mencionado e que também aponta diferença na assistência é a presença do acompanhante. As mulheres colocam a necessidade de estar presente, contam com o aconchego deles na formação e caracterização da mãe objetal e ambiental. Isso corrobora com a indicação das autoridades brasileiras sobre humanizar a assistência, propor ambientes de cuidar digno e profícuo. Utilizar a cultura da mulher e seus hábitos para formar emocionalmente seus bebês e futuros cidadãos brasileiros.

Odent (2002), nos seus estudos, reforça de forma simples o quanto é proveitoso para a mulher o respeito a sua cultura, na busca do que seria mais fisiológico para os cuidados com um bebê, procurando preservar e reconhecer que cabe também a nós, profissionais de saúde, a missão na procura de um cuidado mais humano nos ambientes de nascimento e de cuidados após estes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas maternidades públicas pesquisadas no município de Niterói, identificamos um atendimento de enfermagem destoante do preconizado pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao papel do profissional a fim de minimizar os conflitos que refletem na interação mãe-bebê. Os depoimentos das mulheres retratam a distância entre o profissional cuidador e as mulheres de quem se cuida, fazendo com que estas não consigam desenvolver um ambiente suficientemente bom para seu bebê.

Um maior investimento nesta área deve ser feito, refletindo uma assistência que possa vislumbrar o futuro da existência humana, no aperfeiçoamento da prática assistencial. Os cotidianos dos sujeitos desarmonizam-se na busca de um olhar diferenciado, num paradigma de atenção rumo a uma verdadeira humanização da assistência. Inicialmente, enfocou-se a importância materna ser *suficientemente bom* para os cuidados humanos no começo da vida.

Winnicott (1982), refere os efeitos do nascimento sobre a constituição psíquica do bebê e, ainda com a presença do profissional que cuida do evento, não tentando controlá-lo, o risco de trauma diminui tanto para a mãe quanto para o bebê (PROGIANTI; PENNA; CRISTOFFEL, 2004, p. 25). Melhor dizendo, o profissional que cuida da mãe deve oportunizar que ela cuide do bebê – cuidado materno. Estando ambos em Alojamento Conjunto hospitalar, este espaço deve manter condutas que não interfiram negativamente na relação mãe-bebê.

Neste trabalho, percebe-se que as mulheres precisam de um momento só delas e para elas, sem que os profissionais de saúde coloquem o saber tecnocrático acima das suas reais necessidades, sem ao menos ouvi-las. Ficou clara, através das entrevistas, a dor sofrida pela mulher em função da falta de visão da importância do que é cuidar, da solidariedade, do apoio entre as mulheres e preocupação dos cuidadores com apenas seu próprio universo.

O equilíbrio, no sentido de visar os fatores ambientais favoráveis, deverá proporcionar à mulher uma maior proximidade com seu bebê e a conservação de momentos de prazer que deixarão marcas felizes de serem lembradas, fazendo do momento do pós-parto uma forma menos dolorosa de ser vivida, mesmo que este seja em ambiente hospitalar.

Faz-se necessário valorizar o momento após o nascimento, não o tratando como uma forma de encontro sem a devida importância. Há que se fazer dele um dos mais belos e sensíveis laços para vida nas vidas das famílias que estão se formando, um encontro mais

harmônico com quem está sendo cuidado e ao mesmo tempo cuidando. Modificar este modelo deve ser uma das metas dos profissionais atuantes em maternidades.

Tenho convicção de que isso não se modifica da noite para o dia. É preciso que mudemos nossa práxis diária para melhor assistirmos, enxergarmos e convivemos com as mulheres de que cuidamos. Que não façamos da nossa falta de escuta, do nosso não olhar, movimentos que sufocam e tornam a permanência das mulheres um suplício. As universidades devem fazer disso uma base para a formação acadêmica. Para que possam assistir de forma integral a quem cuidam. A educação dos profissionais para estas situações deve-se fazer num processo de ensino e aprendizagem de humanização da assistência.

Os paradigmas vigentes devem ser repensados e modificados para construção de um novo comportamento na forma de cuidar. Sabemos que não é fácil trabalhar em equipe. Cada um traz consigo comportamentos e culturas que interferem no cuidar. Muitas vezes não nos disponibilizamos, nem por tempo, nem por vontade interior de repensar as condutas rígidas existentes. Devemos buscar alternativas que discutam estratégias e ofereçam possibilidades de melhorar a prática assistencial, atalhos próprios com a própria percepção. Ajustes para buscar um caminho a rumar em direção ao auxílio ao cuidado materno. Diálogos francos para que as mulheres possam se sentir acolhidas, trocando experiências verdadeiras de ambos os lados, para que percebam que todos são humanos e necessitam uns dos outros.

Todos os profissionais fazem parte deste processo, devem estar sensibilizados a demanda das mulheres, suas famílias e seus filhos. Buscar qualidade nesta dinâmica não é fácil, mas deve e pode ser buscado. Fazer políticas públicas que contemplem este universo também é uma meta. Porém, não devemos deixar de acreditar nos bons sentimentos dos profissionais que cuidam, que podem, e devem refazer o seu cuidar a cada dia, a fim de transmitir uma nova forma de ver o mundo, de tal maneira que possamos acreditar que todos têm um potencial para dar e receber.

Sugerimos programas nos quais existam profissionais que sejam habilitados e consigam capacitar os trabalhadores destes espaços, tão carentes destas abordagens, com programas de intervenção que visem ao desenvolvimento sensorial do bebê, apoio à família e aos profissionais de saúde que cuidam da mãe e do bebê.

A partir dos estudos de Winnicott, entendemos que a enfermagem no cuidado profissional fosse um suporte ao cuidado materno e que mantivesse motivações por ações assistenciais que demandassem condutas clínicas favorecedoras no desenvolvimento emocional da criança. Sendo a mãe um meio favorecedor do início da vida da criança,

partindo do seu princípio de dependência, para que ela possa fornecer tudo na dose certa e no momento certo, e que nós consigamos ver tudo isso, para facilitar a mulher a ser um ambiente suficientemente bom e fazer das maternidades.

O cuidado no pós-parto tem por meta superar as dificuldades descritas neste trabalho, através da habilidade, na percepção e naturalmente deve-se levar em contas características e limites de cada família que recebemos. Percebi que o medo em expor suas vivências fez parte da maioria das entrevistas. Podemos inferir que mesmo não estando no ambiente hospitalar, as mulheres temiam maus tratos, caso voltassem a serem atendidas nas referidas unidades de internação numa gestação posterior.

Em Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005), seus estudos apontam uma lacuna no suporte à mulher no pós-parto, realizado pelo acompanhante escolhido pela mulher, entendemos ser este um novo desafio aos novos pesquisadores desta era.

Com a intenção de responder minhas indagações iniciais: existe alguma alternativa a este cenário? O que é o “alojamento conjunto”, na ótica de quem está internado lá? O que lhe falta? O que agride? Há algo que lhe torne mais fácil o cuidado materno? Será que há componentes do lar para sempre perdidos neste local? Quais? Percebemos que muito ainda há de se fazer para que os profissionais de saúde mudem suas posturas.

Devemos buscar através da desmedicalização de nossas ações, novas e verdadeiras atitudes para com quem assistimos, a fim de favorecer o *Estado de Preocupação Materna Primária*, buscando como meta, a valorização do cuidado materno e contribuindo para que as vivências das mulheres neste espaço de cuidados, o Alojamento Conjunto, tenham para elas uma forma de melhor contribuir para a qualidade de vida da díade mãe bebê e sua família.

O estudo mostrou que o Alojamento Conjunto hospitalar, como um espaço que facilita ou deveria facilitar o cuidado materno, evidencia a necessidade que a mulher tem de manter-se em um ambiente livre de experiências traumáticas. Sendo este apenas um estudo, que envolve maternidades públicas de Niterói, fica aqui a sugestão de verificarmos no município do Rio de Janeiro a existência de unidades nas quais as mulheres, nesta perspectiva, tenham o cuidado profissional exercido num ambiente de amor, de prazer e de compartilhamento de saberes. É fundamental para “cuidar de quem cuida”; acreditarmos que o cuidado de enfermagem, proporcionado pela enfermeira, possa vir a ser o meio de propiciar à mulher em estado de *Preocupação Materna Primária* a oportunidade de entregar-se ao *cuidado materno*, e transformar-se num *ambiente suficientemente bom* para o seu bebê, mesmo no espaço hospitalar das maternidades brasileiras (OLIVEIRA, 2004).

Podemos ainda acrescentar que as mulheres relembram o nascimento de outros filhos, repensando sobre seu relacionamento com eles e, muitas vezes, associam suas dificuldades emocionais às falhas que tiveram no início do vínculo afetivo, e esse pensamento influencia o relacionamento que no momento está se iniciando, mas que pode ser minimizado pela ajuda efetiva e apoio eficaz nesta hora.

Este estudo não se esgota aqui, fica a proposta de que as instituições públicas possam repensar os espaços do Alojamento Conjunto como ambientes facilitadores do cuidado materno, valorizando a mulher como protagonista deste cenário, juntamente com seu filho e sua família.

Entendemos que os estudos de Winnicott contribuem para a enfermagem melhor entender o que se passa com a díade mãe-bebê (neste momento especial de suas vidas). Desta forma, recomendamos para aqueles que cuidam das mulheres que cuidam de seus filhos uma leitura nestes apontamentos, que serão boas ferramentas para o cotidiano hospitalar em países que buscam aproximar-se cada vez mais de uma assistência digna e respeitosa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun. 2008.

ANGULO-TESTA, A et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1425-1436, set./out. 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. São Paulo: Hucitec. 1986.

BERETTA, M. I.R., et al. Avaliação do sistema de Alojamento Conjunto na maternidade D.Francisca Cintra da Silva da Santa Casa de São Carlos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.59-66, jul. 2000.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes. 2004. 199 p.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.21, n.3, p.211-26, set./dez. 2004.

BOWLBY, J. **Apego** (1969). São Paulo: Martins Fontes. 1990. 423 p.

BRASELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**. Uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas. 1988. 208 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, DF. 1993. Portaria MS/GM nº 1016 de 26/08/1993, publicada no DOU; Poder Executivo, de 1/09/1993. Disponível em: <www.aleitamento.org.br/arquivos/aloja1.htm> Acesso em 01 de abr. de 2006.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada á mulher**. Brasília, DF. 2001a. 199 p.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF 2001b. 60 p.

_____. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde 2002. 20p.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF. 2006.

BRÜGGERMAN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1316-27, out./set. 2005.

BULHOSA, M. S.; SANTOS, M. G.; LUNARDI, V. L. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento Conjunto. **Revista Cogitare Enfermagem**. vol.10, n1, p. 42-47, jan./abr. 2005.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino Americana em enfermagem**. v.13, n.6, p. 960-7, Nov./dez. 2005.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida** – da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução: Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>.> Acesso: em 6 ago. 2007.

CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F. **Técnicas Psicoterápicas Mãe-Bebê**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.

DAVIS-FLOYD, R. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. Austin, v.75, p.55-523, 2001.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. **Limite e Espaço**: uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1982. 205 p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA, N. F. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialética. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 71-7, 2008.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. Dossiê: Humanização do Parto. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**, São Paulo. 2002.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos Humanos**: limites e possibilidades das propostas de humanização do parto. 2001. 254f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém nascido. **Revista Latino americana de Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.2, p.183-90, 2004.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no Alojamento Conjunto: relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.38-44, 2000.

GAUDERER, C. **Os direitos dos pacientes**: cidadania na saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 394 p.

GOMES, M. A. de S. M.; GAÍVA, M. A. M.; OLIVEIRA, R. D. de. Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.4, n.1, p.60-7, jan./jun. 2002.

GRANATO, T. M. M. **Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária**. 2000. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p.107-14, jan./mar. 2006.

JONES, R. Humanização do Nascimento, **Jornal Bem Estar qualidade de vida**, Porto Alegre, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.jornalbemestar.com.br>>. Acesso em: 5 ago. 2007.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. 329 p.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1986.

LEBOYER, Frederick. **Nascer Sorrindo**. 14.ed. São Paulo: Editora Basiliense, 2004.

LOBIONDO-WOOD G; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACEDO, P. O. et al. Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 341-7, jun. 2008.

MALDONADO, M. T. **Como cuidar de bebês e crianças pequenas**. São Paulo: Saraiva. 1993. 121p.

_____. **Maternidade e Paternidade**. Petrópolis: Vozes. 1989. 302p. v1.

MAYEROFFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971. 95p.

MATHELIN, C. **O Sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 160 p.

MINAYO, M. C. S. Organizadora. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80p.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia do alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 26-34, jan./mar. 2006.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.79-92, dez. 2002.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é o que não é**. São Paulo: Cortez. 1989.174 p.

ODENT, M. **A Cientificação do Amor**. Florianópolis: Saint Germain. 2002. 138 p.

O'DONNELL, M. L.S.; Winnicott e a Pediatria. In: MELLO FILHO J; Silva, A.L.M.L. **WINNICOTT 24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter. 1997.

OLIVEIRA, C. M.; LESSA N. P.; MARINHO, R.C. Alojamento conjunto para bebês saudáveis e de cuidados especiais/ unidade canguru. In: **Assistência ao Recém-Nascido**, editado: Paulo Margolo, 2. ed, 2004.

OLIVEIRA, L.S. **Tratado de metodologia científica**. Projetos de pesquisa. TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

OLIVEIRA, M. E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.2, jul./dez. 2001. Disponível: < <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 28 de jun. 2007.

PEDROSO, G. E. R.; BOUSSO, R. S. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.26, n.1, p. 129-134, 2004.

PIOSEVAN, E. S.; SONEGO, J.; VAN DER SAND, I. C. P. Pai é pai, tem de acompanhar: o pai no processo da parturição sob a ótica de uma equipe de enfermagem num hospital geral. **Revista Contexto e Saúde**, v. 1, n.1, p.75-95, jul./ dez. 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. 487p.

PROGIANTI, J. M.; PENNA, L. H.G.; CHRISTOFFEL, M. Parto e Nascimento: Reflexões de enfermeiras obstétricas. **Revista Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 23-6, mar./abr. 2004.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. da C. As Enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.194-97, ago. 2004.

ROCHA, M. P. **Elementos da teoria Winnicottiana na constituição da maternidade**. 2006. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RODRIGUES, D. P. et al. Domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.15, p. 277-86, abr./jun. 2006.

RODRIGUES, D. P. et al. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.197-204, abr./jun. 2007.

ROUDINESCO, E.; **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SABÓIA, V. M. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói. 2003

SAMEROFF, A. J. Necessidades psicológicas da mãe em interações precoces mãe e filho. In: SAVERY, G. **Neonatologia**. Rio de Janeiro: MEDSI. 1984.

SANTOS, R.S. **Metodologia científica**. A construção do conhecimento. São Paulo: DB&A, 2007.

SEGUIM, C.; DAFRE; S. G. Cuidando do cuidador. In: MELGAÇO, R.M. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise – saúde – educação**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006. p.179.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p.245-51, abr./jun, 2005.

SIMÕES, S. M. F. **O ser parturiente: um enfoque vivencial**. Rio de Janeiro: EDUFF, 1998.

SILVA, L. R.. **Desvelando a história de vida de mães com sífilis: dimensões cultural do e social**. 2003.170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

SOARES, A.V. N.; SILVA, I. A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 72-80. 2003.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1980.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes. 1979.

TEIXEIRA, A. T.; NITSCHKE, R, G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.1, jan./mar. 2008.

VIEIRA, E. M. **A medicalização no corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 81p.

VIEIRA, S. **Metodologia científica para área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 2001. 202 p.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 98p.

_____. **Natureza humana**. São Paulo: Imago, 1990.

_____. **Família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes 1993.

_____. **Tudo começa em casa**. . São Paulo: Martins Fontes 1999.

_____. **O ambiente e o processo de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. A experiência mãe-bebê de mutualidade (1969). In: _____. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. p. 195-202.

_____. A preocupação materna primária (1956). In: _____. **Da pediatria a psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago. 2000a. p.399-405.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). In: _____. **Da pediatria a psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago. 2000b. p.316-331.

_____. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (1960). In: _____. **Teoria do relacionamento paterno-infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.31-37.

ZAGONELI, I. et al O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.5, n.2, p 24-32. 2003. Disponível: < <http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 10 de jun. 2007.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. da C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, São Paulo: Escuta, v. XVIII, n. 182, p. 86-92, junho. 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***Projeto: **Alojamento Conjunto como espaço de cuidados: limites e possibilidades**

Responsável: Diva Thereza dos Santos Pilotto

Instituição a que pertence e instituição vinculada: Universidade Federal Fluminense e Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Telefones para contato: (21) 27111978 - (21) 26299221 - (21) 97763240

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ R.G. _____

Termo de Consentimento Livre e EsclarecidoA Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **Alojamento Conjunto como espaço de cuidados**, de responsabilidade do pesquisador Diva Thereza dos Santos Pilotto.

Conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicito que conforme seu consentimento, através da assinatura deste Termo, para entrevistá-lo (a) bem como utilizar, dados obtidos do seu depoimento, em publicações e divulgações em eventos científicos nessa pesquisa, orientada pelo Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens e, que possui como título provisório: **Alojamento Conjunto como espaço de cuidados**. Nosso objetivo é que você descreva como foi para você ser cuidada e cuidar de seu filho, depois que ele nasceu, quando esteve internada no hospital. Não haverá gastos ou qualquer outro risco para você e seu filho. Esperamos que com esse estudo possamos melhorar o atendimento as mulheres e seus filhos no hospital. **A sua participação é voluntária (você decide) e perguntas podem ser feitas em qualquer momento desejar. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. Será realizada uma entrevista, gravada e escrita depois por completo, sem qualquer alteração do que foi falado. A sua identidade será mantida como informação confidencial (ninguém saberá).**

Eu, _____, R.Gnº _____,

declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de 2008

Assinatura do voluntário_____
Assinatura do pesquisador

(Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 07/12/2007)

APÊNDICE B - Termos de Autorização para Coleta de Dados



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Ilm Sr. Diretor do Hospital Universitário Antônio Pedro

Venho pelo presente, apresentar o meu Projeto de Pesquisa do Mestrado, intitulado, provisoriamente, **Alojamento Conjunto como espaço de cuidados** e solicitar a V. Sa, o desenvolvimento de tal proposta nesta unidade de saúde, e a divulgação e publicação dos dados. A referida pesquisa tem como objetivos: Compreender o espaço do Alojamento Conjunto na promoção do cuidado materno, identificar no discurso das mulheres suas concepções sobre cuidado materno e profissional, descrever as expectativas da mulher quanto ao cuidado profissional durante o período de internação no Alojamento Conjunto e analisar o espaço do Alojamento Conjunto como espaço de cuidado materno, a partir das expectativas das mulheres.

Para o desenvolvimento do projeto será realizada uma entrevista semi-estruturada com as mulheres no momento do pós-parto mediato, atendendo os critérios científicos estabelecidos pela Lei 196/96 do CNS. (Em anexo – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Todo o material da pesquisa estará à disposição desta unidade.

Certa de contar com sua aquiescência, desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer dúvida e esclarecimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Diva Thereza dos Santos Pilotto
Pesquisadora/Mestranda



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo. Sr. **Diretor da Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira**

Venho por meio deste solicitar a sua autorização para utilizar esta renomada instituição como cenário de coleta de dados para minha Dissertação de Mestrado intitulada **Alojamento conjunto como espaço de cuidados**, orientado pelo professor Doutor Octávio Muniz da Costa Vargens. Este trabalho tem como objetivos: compreender o espaço do Alojamento Conjunto na promoção do cuidado materno, identificar no discurso das mulheres suas concepções sobre cuidado materno e profissional, descrever as expectativas da mulher quanto ao cuidado profissional durante o período de internação no Alojamento Conjunto e analisar o espaço do Alojamento Conjunto como espaço de cuidado materno, a partir das expectativas das mulheres.

O projeto de dissertação já foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, cadastrado no SISNEP sob o número 0145.0.258.258-07.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Atenciosamente,

Diva Thereza dos Santos Pilotto

Niterói, de junho de 2008



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



*PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM*

PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo. Sr. Diretor do Hospital Estadual Azevedo Lima

Venho por meio deste solicitar a sua autorização para utilizar esta renomada instituição como cenário de coleta de dados para minha Dissertação de Mestrado intitulada **Alojamento conjunto como espaço de cuidados**, orientado pelo professor Doutor Octávio Muniz da Costa Vargens. Este trabalho tem como objetivos: compreender o espaço do Alojamento Conjunto na promoção do cuidado materno, identificar no discurso das mulheres suas concepções sobre cuidado materno e profissional, descrever as expectativas da mulher quanto ao cuidado profissional durante o período de internação no Alojamento Conjunto e analisar o espaço do Alojamento Conjunto como espaço de cuidado materno, a partir das expectativas das mulheres.

O projeto de dissertação já foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, cadastrado no SISNEP sob o número 0145.0.258.258-07.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Atenciosamente,

Diva Thereza dos Santos Pilotto

Niterói, de junho de 2008

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

Instrumento para entrevista semiestruturada

Perguntas de identificação e ambientação para a entrevista

1. Nome:
2. Idade:
3. Esta gestação foi PLANEJADA?

Perguntas desencadeadoras relacionadas diretamente com o objeto de estudo:

4. QUAIS AS HISTÓRIAS QUE LHE FORAM CONTADAS DE SUA INFÂNCIA E NASCIMENTO?

(mãe, pai, avó, outro familiar, profissional, pessoa estranha...)

5. FALE SOBRE ESTA SUA EXPERIÊNCIA E A RELAÇÃO COM O CUIDAR DO SEU FILHO.

Temas a serem abordados caso não surjam espontaneamente na entrevista. *(Estes temas não precisam ser apresentados sob a forma de perguntas como estão descritos abaixo. Esta forma é apenas um guia para o entrevistador).*

- 1) O que e de que forma seu bebê precisa de você?
- 2) Sentiu-se à vontade na maternidade para cuidar de seu filho?
- 3) Este espaço lhe trouxe segurança e tranquilidade?
- 4) Este espaço lhe deu oportunidade de cuidar do seu filho como você entende que deveria ser cuidado?
- 5) O que você esperava encontrar lá (Alojamento Conjunto da Maternidade) para poder cuidar de seu filho?
- 6) E lá, você encontrou o que estava precisando ou necessitando?
- 7) O que você entende como cuidado materno?
- 8) O que é cuidado profissional para você?
- 9) O que você esperava da equipe de enfermagem?

APÊNDICE D – Quadro demonstrativo da construção de categorias – Análise de Conteúdo

Cód. Tema	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	No. U.R.	% U.R.	CATEGORIAS	No. U.R. por Categoria	% U.R. por Categoria
C1	História de vida materna na construção do cuidado materno	56	12,7	Descobririndo o <i>holding</i> (sustentação) materno no Alojamento Conjunto	185	42
C2	A interdependência imposta no cuidado materno	53	12			
C3	Lembranças de si influenciando a construção do cuidado materno	42	9,5			
C4	Modelando o cuidado materno	34	7,7			
C5	A vivência do manejo do bebê no espaço de cuidar do AC	25	5,7	Identificando o <i>handling</i> (manejo) materno na vivência das mulheres no Alojamento Conjunto	151	34,4
C6	O manejo gerando domínio do cuidado materno	29	6,6			
C7	O manejo limitado	34	7,7			
C8	O manejo prejudicado	37	8,4			
C9	O manejo concebido	26	5,9			
C10	O AC permitindo a mãe-ambiente e objetal	10	2,3	<i>Conhecendo o object-presenting</i> no Alojamento Conjunto	104	23,6
C11	O AC limitando a mãe-ambiente e objetal	12	2,7			
C12	As expectativas do cuidado no AC	10	2,3			
C13	Avaliando o cuidado profissional no AC	20	4,5			
C14	Vivências que apontam um cuidar diferencial no AC	52	11,8			
TOTAL de UR		440	100,0		440	100,0

Modelo elaborado por Dra. Denize Cristina de Oliveira, Faculdade de Enfermagem - UERJ (Revista Enfermagem UERJ, v.16, n.4, out/dez 2008)

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
Médico

CEP CMM/HUAP nº 177/07

Alair Augusto S.M.D. dos Santos
Médico

CAAE nº 0145.258.000-07

Ana Beatriz Monteiro Fonseca
Estatística

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Carlos Brazil
Advogado

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Denise Mafra
Nutricionista

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

José Carlos Carraro Eduardo
Médico

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Paravidino de Macedo Soares
Médico

Informo a V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Maria de Fátima Lopes Braga
Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto
Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza
Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros
Assistente Social

Título do Projeto:

“Alojamento Conjunto como espaço de cuidados: limites e possibilidades”

Paulo Roberto Mattos da Silva
Psicólogo

Pesquisador Responsável:

Diva Thereza dos Santos Pilotto

Paulo Sérgio Faitanin
Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta
Médica

Pesquisadores Colaboradores:

Octávio Muniz da Costa Vargens

Regina Lúcia de Oliveira Caetano
Farmacêutica

Data: 07/12/2007

Renato Augusto Moreira de Sá
Médico

Parecer: *Aprovado.*

Rosa Leonôra Salerno Soares
Médica

Rosângela Arrabal Thomaz
Bióloga

Rosiléa Said Amazonas
Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado
Enfermeira

Wilson da Costa Santos
Farmacêutico

Atenciosamente,

Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

ANEXO B – Adendo sobre a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
Médico

CEP CMM/HUAP nº 177/07

Alair Augusto S.M.D. dos Santos
Médico

CAAE nº **0145.258.000-07**

Ana Beatriz Monteiro Fonseca
Estatística

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Carlos Brazil
Advogado

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Denise Mafra
Nutricionista

Assunto: Parecer sobre **Adendo** do projeto de pesquisa

José Carlos Carraro Eduardo
Médico

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Paravidino de Macedo Soares
Médico

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre o **Adendo** referente ao protocolo de pesquisa, datado de 17 de julho de 2008, conforme abaixo discriminado:

Maria de Fátima Lopes Braga
Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto
Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza
Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros
Assistente Social

Título do Projeto:

“Alojamento Conjunto como espaço de cuidados: limites e possibilidades”

Paulo Roberto Mattos da Silva
Psicólogo

Pesquisador Responsável:

Diva Thereza dos Santos Pilotto

Paulo Sérgio Faitanin
Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta
Médica

Pesquisadores Colaboradores:

Octávio Muniz da Costa Vargens

Regina Lúcia de Oliveira Caetano
Farmacêutica

Renato Augusto Moreira de Sá
Médico

Data: 08/08/2008

Rosa Leonôra Salerno Soares
Médica

Parecer: *Aprovado*

Rosângela Arrabal Thomaz
Bióloga

Atenciosamente,

Rosiléa Said Amazonas
Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado
Enfermeira

Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

Wilson da Costa Santos
Farmacêutico

ANEXO C – Autorização HEAL para captação das depoentes



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA
CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO
AUTORIZAÇÃO

Encaminhamos em anexo o projeto de Dissertação de Mestrado intitulado “Alojamento conjunto como espaço de cuidados: limites e possibilidades” da autora **Diva Thereza dos Santos Pilotto**, Enfermeira e mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Informamos que o referido projeto foi analisado pelo CEA, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), cadastrado no SISNEP sob o nº 0145.0.258.258-07, e respeita os preceitos técnicos e éticos necessários a sua realização.

De acordo com a metodologia apresentada, o projeto será desenvolvido por meio de visitas à Unidade para abordagem ainda com a puérpera internada no Alojamento Conjunto da Maternidade, quando serão apresentados os objetivos da pesquisa e o convite para participação na mesma; neste momento será agendada a entrevista a ser realizada, no local de escolha da mulher; após consentimento livre e esclarecido (apêndice A), será aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada (apêndice C), sendo as falas gravadas em MP3 e transcritas na íntegra.

Destacamos que em nenhum momento será avaliada a conduta adotada pela equipe do HEAL durante a internação do paciente e que o referido projeto não acarretará nenhum ônus para a instituição ao para a clientela atendida em suas dependências. Após a conclusão do projeto, a autora se compromete a disponibilizar duas cópias da versão final da tese de mestrado para arquivamento na biblioteca do Centro de Estudos do HEAL, além de apresentação oral para a comunidade de nossa unidade.

Solicitamos sua avaliação no sentido de autorizar a realização dos procedimentos acima descritos, assinando nos espaços abaixo.

Coord. Médica Maternidade: _____ *[Assinatura]*

Coord. Enfermagem Maternidade: _____ *[Assinatura]*

Divisão de Enfermagem: _____ *[Assinatura]*

Divisão Médica: _____ *[Assinatura]*

Direção Geral: _____ *[Assinatura]*

[Assinatura]
Manassés Moura dos Santos
Enfermeiro
COREN-RJ 91922

Niterói, 06 de junho de 2008.

Manassés Moura dos Santos
Presidente do CEA/HEAL
Matrícula: 865.128-3

ANEXO D – Autorização MMARVF para captação das depoentes



AUTORIZAÇÃO

Informamos que o projeto de Dissertação de Mestrado intitulado “**Alojamento conjunto como espaço de cuidados: limites e possibilidades**” da autora: **Diva Thereza dos Santos Pilotto**, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi por nós analisado, cumpre os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, respeita os preceitos técnicos e éticos necessários a sua realização, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Antônio Pedro (UFF) e está cadastrado no SISNEP com o nº0145.0.258.258-07.

Esta instituição autoriza a autora a utilizar o campo clínico (conforme metodologia descrita) para captação das mulheres-puérperas, a fim de realizar entrevista num momento posterior a sua internação, em lugar da escolha pessoal destas.

A autora se compromete a disponibilizar uma cópia da versão final do trabalho para a Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira, além de apresentação oral para a comunidade de nossa unidade.

Niterói, 08 de julho de 2008

Mauro Bustamante
Médico
CRM 52 50601-1

Chefia Médica da Maternidade

Fernanda Dias Loureiro de Sá
Enfermeira
COREN RJ - 32803

Chefia de Enfermagem da Maternidade

Adriana Cersosimo

Direção Geral

Adriana Cersosimo
Assessoria Técnica
Mat. SMS 235.952

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)