

• **Mães Alojadas: Alojamento conjuntos no hospital geral
como forma de humanização**

*Housed Mothers: accomodation sets in a general hospital
as a way of humanization*

*Madres alojadas: Alojamientos conjuntos en el hospital general
como forma de humanización*

Helena Rinaldi Rosa¹

(Universidade de São Paulo – USP/São Paulo)

Camila Fernanda Sant'Ana²

Jorge Ferreira Abrão³

Maria Luísa Louro de Castro Valente⁴

(Universidade Estadual Paulista – Campus/Assis)

Resumo: O Programa Nacional de Humanização Hospitalar (2000) traz em seu escopo questões referentes à implantação de um programa que prioriza as relações humanizadas. Neste trabalho é dada ênfase aos alojamentos conjuntos que surgiram com a implantação do programa Nacional de Humanização, em específico a existência de um alojamento conjunto para mães cujos bebês foram encaminhados a UTI Neonatal logo após o nascimento, seja por prematuridade, doença ou alguma complicação durante o parto. Com a aplicação de entrevistas o trabalho traz vinhetas clínicas que demonstram a importância dada às tecnologias leves implantadas com a PNH (alojamentos conjuntos e a presença do psicólogo no hospital) e apresentam também os sentimentos das mães alojadas, que declaram se sentir acolhidas e tranquilas por estarem amparadas por profissionais Psi e por poderem ter contato direto e ininterrupto com seus filhos.

Palavras-chave: Programa Nacional de Humanização; Alojamentos conjuntos; Mães alojadas.

Abstract: *The National Hospital Humanization Program (2000) brings in its scope issues related to the implementation of a program that prioritizes humanized relations. This work emphasized the accomodation sets that have arisen with the implementation of the National Humanization program, in particular the existence of an accomodation set for mothers whose babies were sent to the NICU just after birth, either by prematurity, illness or any complications during delivery. With the application of interviews, this work brings clinical vignettes that demonstrate the importance given to the light technologies deployed with the NHP (accomodation sets and the presence of a psychologist in the hospital) and also presents the sentiments of the housed mothers*

¹ Doutora em Psicologia e Professora na Universidade de São Paulo – helenarr@osite.com.br

² Mestranda em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista – Campus Assis – cafersant@yahoo.com.br

³ Livre-docente e Professora na Universidade Estadual Paulista, Campus Assis – jlfabrao@gmail.com

⁴ Doutora em Psicologia e Professora na Universidade Estadual Paulista, Campus Assis – luisalourovalente@gmail.com

who claim to feel welcomed and calmed after being supported by psychologists and being able to have direct and continuous contact with their children.

Keywords: *National Hospital Humanization Program; Accomodation sets; Housed mothers.*

Resumen: *El Programa Nacional de Humanización Hospitalaria (2000) trae cuestiones relacionadas a la aplicación de un programa que da prioridad a las relaciones humanizadas. En este trabajo se hace hincapié al alojamiento conjunto que han surgido en la ejecución del programa Nacional de Humanización, en particular a la existencia de un alojamiento conjunto de las madres cuyos bebés fueron internados en la Unidad de Cuidados Intensivo- Neonatal después del nacimiento, ya sea por la prematuridad, enfermedad o alguna complicación durante el parto. Con la aplicación de instrumentos de entrevistas, este trabajo trae aspectos clínicos que demuestran la importancia dada a las tecnologías leves desplegadas con la PNH (alojamiento conjunto y la presencia del psicólogo en el hospital) trayendo también los sentimientos de las madres alojadas que refieren sentirse acogidas y tranquilas por estar apoyadas por profesionales y al mismo tiempo pueden tener contacto directo y continuo con sus hijos.*

Palabras clave: *Programa Nacional de Humanización; alojamiento conjunto; madres alojadas.*

Introdução

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar teve início somente no ano 2000, com o intuito de articular os avanços tecnológicos com o atendimento de qualidade, mas, não apenas no sentido robotizado no que diz respeito às tecnologias, mas também, nos fatores sociais que permeiam todas as relações. Redundante se torna falarmos da criação de um programa nacional de humanização, tendo em vista que as relações todas são promovidas por seres humanos, assim, outra palavra então, não descreveria esta relação, além, da palavra humano. De que se trata, então, um programa criado para promover a humanização no hospital?

Este artigo aborda as questões referentes à humanização no contexto hospitalar, mais especificamente no setor de mães alojadas de um hospital geral situado no interior do estado de São Paulo. Considerando que a disponibilidade de alojamentos conjuntos para as mulheres é um dispositivo implantado seguindo as diretrizes da humanização a fim de cumprir com os requisitos de ambiência, visita aberta, direito ao acompanhante e acolhimento, que interessa compreender a maneira como é considerado pelas pessoas que o utilizam. Foram observadas transcrições de relatos de 52 usuários que foram entrevistados durante a realização de um estágio curricular que visava oferecer acolhimento psicológico a estes usuários.

Compreender os dispositivos que são oferecidos com o intuito de humanizar o atendimento hospitalar e como estes são vistos pelos usuários é de grande relevância, tendo em vista que a humanização visa promover o bem estar dos usuários, pois a escuta cuidadosa de suas impressões contribui para a análise dos recursos humanizadores que vêm sendo implantados nos ambientes hospitalares.

Para dar exequibilidade a esta proposta, o presente artigo foi estruturado de modo a abranger um panorama geral dos contextos da humanização hospitalar, com um enfoque no programa de alojamentos conjuntos para que possamos compreender as experiências das mulheres cujos discursos e sentimentos apresentaremos mais adiante.

O que é humanização

O programa de humanização surge como uma ferramenta de gestão que prioriza, além dos aspectos biológicos, o acolhimento do indivíduo, em que os sentimentos que permeiam o processo de adoecimento também sejam acolhidos junto com os sintomas puramente biológicos, sendo ambos vistos como complementares e constituintes do sujeito, deixando de lado a visão de que o homem ao procurar o hospital se reduz à sua doença orgânica: “é preciso interpretar a experiência de viver a doença, as sequelas, a deficiência” (Rios, 2009, p.5).

Estes movimentos sociais próprios da pós-modernidade possibilitam o pensamento humanizado das relações, que muito provavelmente começaram a ser pensados já há algum tempo com as questões referentes à luta antimanicomial, que buscava a desinstitucionalização dos ditos loucos, e o fechamento dos hospitais psiquiátricos que obedeciam os moldes manicomiais (Pessotti, 1996), e com os movimentos feministas que lutavam pela humanização no parto e nascimento. Viabilizando a possibilidade de pensar nas formas de abordagem e acolhimento das pessoas em qualquer situação e contexto, mas, principalmente no que se refere à área da saúde, tendo em vista que, a saúde como direito essencial e garantido pela constituição federal de 1988 (Constituição Federal do Brasil/1988 – disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) e de livre acesso a todos, assim como consta na lei 8.080/1990 (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) que dispõe sobre os serviços de saúde, recuperando os valores humanos nas relações saúde-doença-tratamento, tendo em vista que, como supracitado, o processo de adoecimento não diz respeito apenas aos aspectos biológicos do sujeito, mas também, da sociedade em que este está inserido, sendo assim de suma importância, a criação/existência de políticas que incentivem a promoção de bem-estar no contexto da saúde.

Neste cenário, em 2003 surge a Política Nacional de Humanização – PNH, regida pelos princípios de a) valorizar as questões pertencentes ao âmbito subjetivo e social de todas as relações e práticas de atenção e gestão na saúde; b) “estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos” (Ministério da Saúde, 2003, p.12); c) estímulo ao trabalho multiprofissional integrado e transdisciplinar; d) fortalecimento do trabalho em rede e e) utilização de recursos que priorizem a comunicação de todos os profissionais envolvidos no processo de saúde, com a realização de rodas de educação permanente e outras formas que busquem destacar o protagonismo de cada envolvido neste processo (Ministério da Saúde, 2003).

A Política Nacional de Humanização foi proposta com o intuito de ultrapassar as barreiras de um programa destinado a cumprir objetivos fixados, pois, se não fosse deste modo, correria o risco de esbarrar em moldes verticalizados de atuação em que a operacionalização do programa poderia se apresentar esvaziado de sentido e descontextualizado em que a preocupação maior recairia nas metas do programa em questão que deveriam ser cumpridas. Deste modo, a Política Nacional de Humanização se apresenta como uma política transversal, que visa atravessar as barreiras dos saberes solidificados e impostos em relação às questões referentes a saúde, e propiciar uma construção coletiva, em que todos – usuários e profissionais das mais diversas áreas – possam participar da constituição e vivência da produção de saúde e de sujeitos, que prioriza o trabalho participativo dos profissionais, sendo possível que cada profissional seja co-gestor de seu próprio trabalho, devido ao processo de compartilhamento de saberes e construção coletiva de um saber comum, e o olhar direcionado ao sujeito considerando sua especificidade, sua história, suas necessidades e acima de tudo como pertencente a um coletivo que, de certa forma, o habita e o constitui enquanto sujeito (Ministério da Saúde, 2003).

Dentre os parâmetros propostos para a implementação da Política Nacional de Humanização nos diversos setores, este trabalho dá ênfase às instituições hospitalares e às tecnologias de cuidado propostas pela PNH, que serão ilustradas por meio de algumas vinhetas clínicas colhidas na unidade materno infantil em um hospital.

A humanização no hospital geral: algumas observações

Apesar de a Política Nacional de Humanização ter em seu escopo de abrangência toda a rede de atenção à saúde, serão abordadas as instituições hospitalares, mais especificamente, os setores de internação, tendo em vista que os usuários deste serviço vivenciam a rotina do hospital dia e noite o que pode durar poucos dias ou até meses. Dados atualizados mostram que o Brasil hoje conta com 6.654 hospitais, sendo que, destes, 70% pertencem à rede privada e

os outros 30% se dividem entre hospitais municipais, estaduais e federais (21%, 8% e 1% respectivamente).

Os hospitais gerais se caracterizam pela sua divisão em diversos setores – ala médica, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, entre outras – sendo assim, um espaço em que muitas pessoas circulam todos os dias e profissionais e usuários dividem o mesmo espaço. A Política Nacional de Humanização propõe dois níveis de referência hospitalar B e A, em que B deve contar com a) Grupos de Trabalho de Humanização; b) Visita aberta e presença de acompanhante garantida; c) Acolhimento aos usuários em sua recepção; d) Escuta à população; e) Equipe multiprofissional; f) Mecanismos de desospitalização e g) Continuidade de Assistência; que constituem padrões para a adesão dos hospitais à Política de Humanização. Os hospitais de referência A devem contar com todos os recursos presentes nos de parâmetro B, acrescidos de 1) Ouvidoria; 2) Conselho Gestor Local; 3) Programa de acolhimento com avaliação de riscos e 4) Educação Permanente aos trabalhadores (Ministério da Saúde, 2003).

Estas medidas contidas na Política Nacional de Humanização exigem que mudanças no ambiente hospitalar sejam realizadas, e para isso, tecnologias leves de cuidado à saúde surgem com o intuito de aplicar os princípios da humanização no ambiente hospitalar. As tecnologias leves compreendem as estratégias implementadas no campo relacional trabalhador-usuário, com vistas a tornar mais humanas e agradáveis essa relação, considerando que o processo saúde-doença possui também origens sociais e, por isso, é importante que seja dada a devida atenção às relações estabelecidas durante o processo de tratamento.

Assume-se que saúde não é só objeto mas, na condição mesma de objeto, um modo de “ser-no-mundo”. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis necessariamente, mas é, ainda assim, e por isso, exercício fundamental de autonomia humana. Não cria universais, porque só cabe no momento mesmo da decisão a ser tomada, esgotando aí seu sentido (Ayres, 2000, p.120).

Assim, as práticas humanizadoras voltadas à saúde, no campo das relações usuário-trabalhador, denominadas tecnologias leves, são constituídas no nível das relações, ao passo que cada relação é única, e as tecnologias leves são instrumentos essenciais para balizar as relações, e devem sempre ser pensadas de modo a se adequar à subjetividade de cada usuário no contexto hospitalar.

Tendo em vista a observância das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização, pode-se observar diversos procedimentos que são adotados para promover o atendimento humanizado e acolhimento dos usuários de serviços hospitalares. Neste trabalho serão abordados os alojamentos conjuntos e o

trabalho do profissional de psicologia no ambiente hospitalar, tecnologias estas que seguem as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização, de acolhimento, ambiência e clínica ampliada, que retratam a importância de uma recepção humanizada e interessada do usuário, contando também com espaços adequados e que propiciem o bom desenvolvimento das práticas de saúde tanto para os usuários como para os trabalhadores em que toda a singularidade do sujeito seja respeitada e levada em consideração no processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 2013).

Alojamentos conjuntos: Um breve histórico

Hoje, credita-se às instituições hospitalares a oferta de melhores condições para que partos sejam realizados, tendo em vista que, estas apresentam todo um aparato especializado e pronto para o atendimento de qualquer intercorrência durante o procedimento de dar a luz às crianças, realidade esta que nem sempre esteve presente. Em 1800 e até o final deste século, os hospitais eram tidos como ambientes marginalizados, que nada ofereciam além de abrigo aos insanos e aos infectados por alguma epidemia, ou, então, às pessoas que sofriam acidentes em locais distantes aos de suas residências. Era nas casas que todos estes procedimentos de saúde-doença (exceto alguns procedimentos cirúrgicos muito específicos) eram realizados, pois, se considerava que apenas no ambiente domiciliar é que se poderia ter a presença de familiares e amigos nos momentos de recuperação. Os partos então, como a maioria dos outros procedimentos, também eram realizados no domicílio da pessoa, pois além de proporcionar a presença de rostos amigos, também permitia que mãe e filho tivessem contato desde os primeiros minutos após o nascimento.

O pensamento daquela época prezava pelo contato da mãe com o bebê logo após o nascimento, assim, os partos realizados em casa proporcionavam que o bebê fosse aquecido pela pele da mãe e pudesse ser amamentado logo após o parto. Enquanto isso, poucos eram os hospitais que disponibilizavam leitos para gestantes e berçários. O primeiro berçário surgiu em 1893, em Paris e foi criado por uma enfermeira com o objetivo de atender crianças prematuras fragilizadas e que necessitavam de atendimento especializado. Dois anos após seu surgimento, Pierre Budin, um médico obstetra, assumiu este setor, deu continuidade a estes trabalhos e foi um dos primeiros médicos a se interessar pela saúde e bem estar dos recém nascidos (Ungerer & Miranda, 1999). Assim, ele considerava o controle das questões orgânicas, somado ao carinho e presença da mãe, os aspectos de maior importância para o bom desenvolvimento do bebê. Pierre Budin acreditava que a soma de cuidados biológicos com o carinho vindo da mãe mantinha a criança viva e saudável, pois, segundo ele, as crianças que não tinham o carinho de suas mães acabariam em um orfanato – prática muito comum naquela época – e estariam sujeitas a adquirir qualquer tipo de doença

ou complicações, tendo em vista que naquela época a diarreia era responsável pela morte de 38,5% de todas as mortes na primeira infância, e estava mais presente em crianças abandonadas. Portanto, despender esforços para salvar organicamente uma criança que mais tarde, por não ter o carinho materno, seria enviada a um orfanato e correria o risco de morrer, não era uma prática que trazia a recompensa desejada – a vida saudável das crianças (Ungerer & Miranda, 1999).

No início do século XX, muitos bebês recém nascidos ainda morriam por doenças infecciosas e diarreia, foi então que os hospitais começaram a ter uma maior preocupação com estas questões, sendo instaladas e melhor desenvolvidas as incubadoras, no início com a ideia de manter os bebês em completo isolamento a fim de evitar contaminações. Entretanto, já na década de 1940, com as discussões mais abrangentes a respeito da saúde mental, psicológica e emocional, alguns estudos apontaram para os prejuízos que este isolamento dos bebês causava nas mães que não se viam preparadas e confiantes para exercer a maternagem fora do hospital e conseqüentemente aos bebês.

Neste contexto, Edith Jackson – psiquiatra infantil e professora em pediatria e psicologia na *Yale School of Medicine* - apresentou uma proposta denominada “projeto alojamento conjunto” no *Yale-New Heaven Hospital*, que tinha como propósito humanizar o nascimento e trazer a criança para perto de sua mãe logo após o parto, e assim, favorecer também o aleitamento materno. Experiência esta que foi bem aceita pelos usuários e apresentou bons resultados quanto a satisfação das mulheres que usufruíram deste serviço (Ungerer & Miranda, 1999). Relatos deste período demonstram que as crianças que permaneciam junto de suas mães choravam menos e que a possibilidade de compartilhar experiências com outras mulheres em situações semelhantes eram pontos positivos que pertenciam a este novo modo de pensar as questões referentes ao nascimento no hospital. Um ano após este primeiro alojamento conjunto ser implantado, foi enviado às mulheres que experienciaram este novo recurso um questionário para avaliar sua satisfação, e com uma avaliação positiva em 95% dos casos, pôde-se observar que de fato, aquilo o que vinha sendo pensado ia ao encontro com os benefícios que manter a criança recém-nascida ao lado de sua mãe traziam. Em 1947-1949 em seu relatório, o hospital Yale-New Heaven se refere aos alojamentos conjuntos, que

(...) existe uma enorme popularidade dessa modalidade de assistência ao recém-nascido entre um grande número de mães. Eles também vêm desenvolvendo um enorme experimento com o parto natural e o nascer sem medo. Como resultado, os membros do Hospital estão sendo bombardeados com solicitações de estágio para observar o funcionamento dessa enfermaria e, ainda, com

inúmeros pedidos de voluntários se oferecendo para trabalharem nessa unidade (Yale-New Heaven hospital (1947-1949) apud Ungerer & Miranda, 1999),

afirmando mais uma vez a repercussão positiva deste novo procedimento adotado, o que ajudou a ampliar esta discussão a respeito da permanência de mães e bebês recém nascidos juntos e com contato constante desde os primeiros minutos após o nascimento, como forma de pensar no bom desenvolvimento da criança, no aleitamento materno e nas relações mãe-bebê.

Assim, diversos teóricos passaram a discutir em seus escritos questões referentes à importância da relação mãe-bebê ainda no contexto hospitalar, dentre eles, Winnicott, psicanalista inglês, em seus textos, fala sobre a disponibilidade necessária da mãe para seu filho, a fim de promover a denominada por ele, preocupação materna primária, sendo esta a capacidade que a mulher tem de sentir o que seu bebê precisa, ainda que este não consiga exprimir claramente suas necessidades, enfatizando novamente, a necessidade do contato entre mãe e bebê para que este fenômeno aconteça (Winnicott, 2000/1958).

As discussões que cercavam este tema ganharam espaço, e no ano de 1971 a Academia Americana de Pediatria definiu o alojamento conjunto como um plano de assistência às necessidades da mãe e do bebê (Ungerer & Miranda, 1999). Assim, os alojamentos conjuntos foram se expandindo e ganhando espaço nas maternidades.

No Brasil, a primeira experiência de implantação de alojamentos conjuntos foi no ano de 1971, no Hospital Distrital de Brasília, cuja utilização foi amplamente divulgada com a criação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início dos anos 80. Esse programa veio salientar os malefícios trazidos ao bebê pelo afastamento de sua mãe que impossibilita-o de ter uma amamentação regular. A proposta surgiu dentro deste contexto, porém, hoje, são diversas as discussões a respeito da importância da relação mãe-bebê desde os momentos iniciais de vida da criança (Ungerer & Miranda, 1999).

Os alojamentos conjuntos apresentam a proposta de, além de promover uma proximidade e integração da mãe com seu bebê recém-nascido, facilitando o bom relacionamento entre a dupla e o desenvolvimento de habilidades relativas à maternidade e ao trato com o bebê, e propiciando a segurança emocional das mães por estarem amparadas pela equipe médica nestes primeiros contatos com o filho, apresentam benefícios referente à redução de infecções hospitalares cruzadas, devido ao contato e cuidado maior oferecido pelas mães aos filhos (Fonseca, Scochi & Mello, 2002). Quanto à redução de infecções, também se deve pela assistência da equipe de saúde voltada aos cuidados a respeito de higiene, segurança e conforto desde o momento do nascimento da criança com o contato direto das mães com os seus filhos (Frederico, Fonseca & Nicodemo,

2000), propiciando que as mães sejam agentes multiplicadores de saúde dentro de sua família, comunidade e até mesmo do próprio hospital (Fonseca, e outros, 2002).

A grande vantagem que vem imbuída com a implantação dos alojamentos conjuntos é a educação em saúde “constituindo-se em centro natural de educação e não um local de acomodação de pessoas” (Fonseca, e outros, 2002, p.33). Assim, as atividades educativas que partem da equipe hospitalar em direção às mulheres que se encontram nos alojamentos conjuntos devem ser prioridade para que o objetivo dos alojamentos conjuntos seja alcançado: desenvolver o bom relacionamento entre mãe e filho e propiciar que com este contato as mulheres estejam aptas a realizar suas funções de maternagem.

Não podemos deixar de destacar o aleitamento materno como um dos fatores importantes que influenciaram os projetos que instituíram os alojamentos conjuntos. O Ministério da Saúde indica que o aleitamento materno deve ser exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, e, de seis meses a dois anos, estando complementado por outros alimentos, tendo em vista que é comprovado por diversos estudos que o aleitamento materno previne diversas doenças como infecções, alergias, diarreia, desnutrição, etc. Os alojamentos conjuntos foram apontados como sendo importantes para desenvolver a prática contínua do aleitamento materno e estudos feitos evidenciaram que as mães que tinham maior proximidade com seus filhos desde o nascimento amamentaram por mais tempo (Ciampo, Ricco, Muccillo, Betiol & Daneluzzi, 1994).

Delimitação da intervenção e suas características institucionais

O hospital estudado atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e segue as diretrizes da Política de Humanização em Saúde. Dentre os projetos existentes no HRA, a unidade Materno Infantil conta com os serviços de clínica obstétrica, mãe-canguru, cuidados intermediários e UTI Neonatal e possui uma equipe multiprofissional formada por psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas que acompanham os usuários durante o processo de internação. Este setor ainda conta com espaços adequados e que respeitam as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização, e oferece um espaço de brinquedoteca às crianças hospitalizadas e alojamentos conjuntos para que as mães de bebês hospitalizados possam estar mais próximas destes no durante todo o período de internação. As mães que utilizam do serviço de alojamento conjunto, denominadas “mães alojadas”, são as que realizaram o parto no próprio hospital, seja por parto normal ou cesárea, e que por ocorrência de parto prematuro ou qualquer outra complicação durante o parto tem seus filhos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Este espaço conta com 3 quartos

com 3 leitos em cada um. As mães ficam juntas nos quartos e geralmente ficam juntas também nas outras instalações do hospital. Elas têm livre acesso à UTI Neonatal, facilitando assim a proximidade entre mãe e filho, ainda que este necessite estar sob cuidados médicos intensivos na UTI Neonatal.

No ano de 2009, este setor realizou 350 consultas, 2.900 exames, 280 grupos, 250 atendimentos de enfermagem e 650 internações com uma média de 3 dias de permanência no hospital (<http://www.hra.famema.br/>).

O projeto consiste na inserção de estagiários do curso de psicologia em diversos setores do hospital, inclusive o de pediatria do hospital estudado, neste último, com o intuito de realizar entrevistas com as denominadas mães alojadas – assim chamadas por se encontrarem nos alojamentos conjuntos disponíveis no setor de pediatria – e oferecer a elas acolhimento psicológico.

Durante um ano, foram feitas visitas semanais, no período da tarde, no setor de pediatria, e neste período foram entrevistadas 52 mulheres (31% na faixa etária de 26 a 30 anos e 27% na faixa etária de 16 a 20 anos) cujos filhos estavam internados neste setor. Apresentaremos algumas vinhetas clínicas que ajudarão a visualizar e compreender os sentimentos expressados pelas mães alojadas.

Impressões dos usuários a respeito das práticas de humanização no hospital: alojamentos conjuntos

Em um primeiro momento percebemos que as mães atribuem muita importância ao programa que oferece a elas a oportunidade de estarem perto de seus filhos,

É muito importante a gente poder ficar perto do filho da gente, ele sente né? (mãe 1).

A maternidade considerada saudável, aquela em que a relação e o vínculo mãe-bebê são propícios ao desenvolvimento saudável de ambos, não está intimamente ligada ao extremo bem estar e felicidade da mãe, a presença de angústias, conflitos internos também estão presentes em todas as relações. A maneira como eles se apresentam e como são encarados é que são de grande importância de serem analisados. Neste contexto em que nos propomos estudar – hospital – se faz de suma importância observar e compreender a maneira pela qual a mãe encara essas situações de angústia geradas pelas condições de internação do bebê.

É bom e é ruim né... bom porque eu posso ir lá qualquer hora, ruim porque eu não posso tirar ela de lá (Mãe 2).

É muito legal a gente poder ficar por aqui e poder ir lá ver o pequeno quando quiser, ele é meu filho né, dá uma dor no coração não poder levar ele pra casa... mas é bom poder ficar aqui e não deixar ele sozinho (Mãe 1).

Para Winnicott (1988/1987) a relação da mãe com o bebê e a relação da mulher com a função de maternidade são construídas desde os estágios iniciais da gravidez, em que a mulher se depara com a condição de estar gerando uma vida e, com isso, expectativas sobre a criança são criadas, bem como a interação da mãe com o bebê em seu ventre. Durante este período, o da gestação, as mulheres se encontram em uma fase de preparação para receber o bebê, fase esta em que há uma idealização do filho que está por nascer (Winnicott, 1988/1987). Toda essa idealização favorece a criação de fantasias na mulher e ela começa a se imaginar no papel de mãe daquele bebê que ainda está por vir. O crescimento da barriga e a sensação de que o feto se mexe em seu interior são dados de realidade que proporcionam à mulher a possibilidade, por meio de uma reatualização de sua própria história enquanto filha, de construir um lugar de maternidade, que será determinante para situar o filho num lugar subjetivo.

Com o nascimento, há o choque entre o real e o idealizado, a mãe percebe que toda aquela gama de expectativas geradas a respeito do filho é contraposta com a criança real que se apresenta com suas características próprias, especialmente em casos de crianças que nascem pré-termo, com peso muito baixo, são bebês muito pequenos e que precisam de auxílio médico para sobreviverem, não podendo assim, permanecer perto de suas mães logo após o nascimento. Com isso, essas mães podem ter sentimentos dos mais diversos, como medo, angústia, estresse, negação, etc.

Com o nascimento prematuro há um rompimento abrupto do sistema simbiótico que antes se desenvolvia. Ocorre uma separação imatura da dupla, o que pode causar na mulher um sentimento muito maior de perda, já que o bebê é automaticamente levado à hospitalização (Amadeu & Hartmann, 2005, p. 27).

Isto pode vir a ser uma barreira no desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê, pois a mãe está angustiada por terem tirado seu filho às pressas de seu contato, desencadeando nela sentimentos de perda, pois fica impossibilitada de exercer sua função de maternagem.

Para Winnicott (1985/1964), então, uma boa relação inicial mãe-bebê requer uma proximidade dos dois, de modo que a mãe possa, a partir da preocupação materna primária, exercer sua função de mãe suficientemente boa e de maternagem, descrita por este autor como sendo a capacidade de a mãe se colocar à disposição do bebê que necessita de seus cuidados não só físicos, mas também emocionais.

Assim, observamos que, apesar de expressarem a vontade de poder ir para casa e cuidar integralmente de seus filhos, essas mulheres se mostram disponíveis aos seus bebês, permanecem no contexto hospitalar 24 horas por dia, colocando-se à disposição das demandas de seus filhos, encarando suas angústias, medos e estabelecendo uma relação de proximidade com o bebê que é proporcionado pela possibilidade de estarem elas “internadas” junto de seus filhos nos alojamentos conjuntos.

Este sentimento de ambivalência esteve presente na maioria das mulheres entrevistadas, sendo comum ouvirmos que, apesar de considerarem bom para o desenvolvimento de seus filhos ter sua saúde acompanhada por profissionais habilitados, essas mulheres também expressavam um sentimento de desejo de que o filho não precisasse estar passando por esta situação. Entretanto, observamos que a maioria das mulheres estavam sempre presentes e preocupadas com seus filhos, tentando estar presentes em todas as situações e participar do desenvolvimento de seus filhos, ainda que de maneira tímida.

A médica sempre está por aqui, é legal porque as vezes eu to lá com minha filha e a médica aparece e eu já pergunto como minha filha tá.... eu to morando aqui né, então toda vez que a médica vem eu encontro ela e já pergunto tudo (Mãe 3).

As mulheres entrevistadas se encontravam nos alojamentos conjuntos por terem seus filhos recém-nascidos hospitalizados por terem nascido prematuramente (a maioria) ou por terem nascido com alguma complicação que fez com que fosse necessária a permanência deste no hospital. Sendo assim, nestas condições, segundo Winnicott (1988/1987), no que diz respeito à função de maternagem, podemos considerar que quando algo acontece, fazendo com que essa relação mãe-bebê inicial seja privada, podemos pensar que essa mãe não terá a oportunidade de se fazer presente nos momentos iniciais da vida do bebê, momentos estes tão importantes, pois constitui um fator de suporte à criança que se encontra imersa em um mundo desconhecido e repleto de descobertas. Esta ruptura também pode trazer consequências para a progenitora, pois, como discutimos, é a partir dos cuidados e da proximidade com o filho que esta pode exercer a maternagem e se reconhecer como mãe. Assim, quando algo rompe com o esperado e programado - dar a luz à criança e poder tê-la junto de si, amamentá-la, levar para a casa - há a privação da mãe de estar junto de seu filho nos momentos iniciais de sua vida, o que pode se configurar como um empecilho no reconhecimento da mulher como mãe da criança, podendo surgir a ideia de que os cuidados provenientes de si são insignificantes para seus filhos.

Eu nem vou muito lá, eu não posso fazer nada né... e tenho medo, ela é muito pequenininha, tenho medo de machucar, sei lá (Mãe 2).

Questões a este respeito surgiram em nosso trabalho, um ponto marcante que observamos, tendo em vista que algumas mulheres se declaravam inseguras e, por vezes, desanimadas ao se aproximarem de seus bebês, pois tinham a impressão de que nada podiam fazer para ajudar na recuperação de seus filhos.

O complicado é você ficar parada ao lado do bercinho e não poder fazer nada, nem tocar, nem nada... é triste (Mãe 5).

Dá a impressão de que estamos atrapalhando, Deus me livre acontecer alguma coisa com ela quando eu estiver lá mexendo... ah não, prefiro ficar mais de longe... mesmo de longe eu estar aqui já é bom né? Ele não está sozinho, eu estou aqui!"(Mãe 1).

A convivência com a equipe hospitalar e com as outras mulheres que se encontravam no hospital em situação semelhante (mães que acompanhavam seus bebês internados) foi também um tema bastante presente no nosso trabalho. Solis-Ponton (2004) cita Winnicott, ao dizer que nessas situações de internação do bebê recém-nascido prematuro, é importante que a mãe desempenhe um *holding* por parte dos profissionais com quem ela tem contato no ambiente hospitalar, pois, é importante em ocasiões como essas, que a mãe tenha orientações adequadas e claras, relações com a equipe hospitalar que sejam facilitadoras, para que consiga, com o apoio de seus próximos, tornar o bebê real e dar início a um processo de interação, tão importante tanto para o bebê enquanto necessitado de cuidados e para a mãe durante o processo de desenvolvimento de seu papel de maternagem (Solis-Ponton, 2004).

É bacana né? aqui é todo mundo família! Já faz mais de um mês que eu estou aqui esperando minha menininha ganhar peso, então cada graminha que ela engorda é uma festa pra todo mundo... (Mãe 2).

Além da proximidade da mãe com seu filho - fala comum de todas as mães, algumas mulheres relatam também a companhia das outras mães que se encontram na mesma situação:

O bom é que a gente não tá aqui sozinha né... eu converso aqui com as outras mães e é bom pra passar o tempo... porque, passar o dia inteiro aqui não é fácil não... não tem nada pra fazer, meu filho não pode ficar aqui comigo... (Mãe 1).

Quando da implantação do primeiro alojamento conjunto, na década de 40, por Edith Jackson, foram feitos questionários para essas mulheres que vivenciaram essa situação, com vistas a colher suas opiniões sobre esta nova tecnologia que estava sendo implantada, sendo que naquela ocasião a aprovação foi de 95%. O fator “ter companheiras” (outras mães na mesma situação) no mesmo ambiente era mencionado como sendo muito importante para que houvesse a troca de informações relevantes à recuperação de seus filhos e também o acolhimento que essas relações proporcionam (Ungerer & Miranda, 1999).

Às vezes eu fico meio triste, mas eu fico conversando com as outras aqui e logo passa, a gente dá força uma pra outra... tá todo mundo no mesmo barco né (Mãe 5).

Entretanto, algumas mulheres relataram não gostar da companhia das demais, alegando que as outras mulheres instigariam e mobilizariam medos e angústias próprias da condição de internação. Estas mulheres, todavia, ressaltaram os benefícios trazidos pela presença da psicologia no hospital, falando sobre o acolhimento proporcionado por profissionais não médicos,

Gosto de conversar com vocês, porque as outras que ficam aqui só falam de tragédia, do filho do fulano que morreu, do ciclano que piorou... não gosto dessas conversas, prefiro não conversar... eu fico lá com o meu filho, eu sei que ele vai melhorar e a gente vai sair daqui logo, não é? (Mãe 4).

Outras mulheres também se queixaram sobre a condição de se sentirem sozinhas durante o período em que se encontram alojadas, “*eu acho que poderia ficar mais gente aqui comigo, eu fico muito sozinha, só vejo meu marido e minha mãe na hora de visita, dá uma tristeza as vezes*” (Mãe 5), e também de sentirem saudades de suas casas, sua família, sua rotina,

É complicado né ? minha neném tá aqui desde que nasceu, e eu to aqui com ela... nem imagino como deve estar minha casa... meu marido nem conhece a neném ainda, eu tenho mais dois filhos, ele tem que ficar lá cuidando dos outros né e eu não sou daqui de Assis, então é bom ficar aqui, porque a neném precisa de mim, mas eu fico muito preocupada com a minha casa (Mãe 2).

É sabido que a Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a ambiência, que visa proporcionar às pessoas internadas um ambiente mais agradável, assim, visitas são permitidas. Neste hospital em questão, HRA, existe um horário de visitas estipulado, não podendo pessoas outras entrarem no hospital fora desses horários, com o intuito de priorizar os procedimentos

hospitalares, de modo que a presença de muitas pessoas o tempo todo poderia interferir na rotina hospitalar. Entretanto, observamos que algumas dessas mulheres não são residentes da cidade de Assis, onde o hospital está localizado, e por este motivo, se torna mais difícil que haja visitas frequentes de seus familiares.

Observamos que a maioria das mulheres que foram entrevistadas não se referiam ao seu filho pelo nome, mas sim, usavam pronomes possessivos “meu neném”, “meu filho”, “minha menininha”. Podemos pensar em duas situações que explicariam esta nossa observação e incômodo quando as mulheres não falam o nome dos seus filhos. De início, podemos pensar em questões como a dificuldade de reconhecimento das mulheres delas mesmas enquanto mães, e também de perceber a criança enquanto seus filhos e sujeitos que demandam cuidados outros que os provenientes do arcabouço médico, apesar de estes últimos serem essenciais para sua sobrevivência em alguns momentos. As mães nestas condições se sentem destituídas de suas possibilidades de oferecer aos seus filhos tudo aquilo que eles precisam para ficarem bem, dificultando também a visão delas de que a criança demanda esses cuidados.

Outra observação que pode ser feita é a respeito do uso de pronomes possessivos que enfatizam a posse da mãe sobre o bebê, que talvez sejam artifícios utilizados para afirmar para os outros e para si mesma (principalmente) que o bebê que ali se encontra, sob cuidados médicos intensivos não é propriedade do hospital ou dos médicos, mas sim, é seu/sua filho/filha que ali se encontra.

Assim, afirmar a todo instante que o bebê de que estamos nos referindo é filho de alguém, possibilita que essas mulheres mapeiem seu lugar dentro do hospital – mães de crianças que precisam da sua presença tanto quanto precisam dos cuidados médicos.

Considerações Finais

Em suma, foi possível observar a importância do atendimento humanizado no hospital, tendo como referência os dados colhidos que dizem respeito aos recursos de alojamentos conjuntos e atendimento psicológico neste contexto. Diante das vinhetas clínicas e da experiência de estágio vivida neste espaço, é possível perceber que as mulheres que estão alojadas, em busca de estarem próximas de seus filhos, relatam as vantagens de poderem ser participativas no processo de melhora dos mesmos, acarretando uma melhor relação entre a dupla mãe-bebê, e uma sensação de maternidade presente, tendo em vista que a participação ativa da mãe no cuidado do bebê permite que elas experimentem a maternidade ainda que os bebês precisem estar internados na UTI Neonatal.

Ainda que existam diversos sentimentos como os de culpa, medo, frustração, incômodo, que foram acima relatados com as vinhetas, é possível pensar que as tecnologias leves que foram implantadas com a Política Nacional de Humanização Hospitalar, ao priorizar as relações, o acolhimento e a ambiência, reflitam efeitos positivos no que diz respeito ao sentimento de tranquilidade das mães ao estarem perto de seus filhos; aliás, este mesmo aspecto foi relatado pelas mulheres como um dos pontos positivos da existência da ala de mães alojadas no hospital.

Referências

- Amadeu, V. T. R. & Hartmann, J. B. (2005) O binômio mãe-bebê na UTI neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. CESUMAR/PR, n. 07/01, p. 25 – 40.
- Ayres, J. R. C. M. (2000) Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Revista Interfaces – Comunicação, Saúde, Educação, n. 04/06, p.117-120.
- Ciampo, L. A. D., Ricco, R. G., Mucillo, G., Betiol, H & Daneluzzi, J. C. (1994) Influências dos diferentes tipos de alojamento sobre recém-nascidos na prática do aleitamento materno. J. Pediatr, n. 70/01, p. 10-15.
- Fonseca, L. M. M.; Scochi, C. G. S. & Mello, D. F. (2002) Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Rev. Latino-am enfermagem. n.10/02, p. 166-171.
- Frederico, P.; Fonseca, L. M. M. & Nicodemo, A. M. C. (2000) Atividade educativa no alojamento conjunto: Relato de experiência. Rev. Latino-am enfermagem, n. 08/04, p. 38-44.
- Ministério da SAÚDE (2003) HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: Documento para discussão. Secretaria-Executiva. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- Pessotti, I. (1996). O século dos manicômios. São Paulo: Editora 34.
- Rios, I.C. (2009). Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora.
- Solis-Ponton, L. (2004). Ser pai, ser mãe PARENTALIDADE: Um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ungerer, R. L. S. & Miranda, A. T. C. (1999) História do Alojamento Conjunto. Jornal de Pediatria, n. 75/01, p 05-10.
- Winnicott, D. W. (1988) Os bebês e suas mães. (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).
- Winnicott, D. W. (1964) *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogans. (Obra original publicada em 1985).
- Winnicott, D. W. (2000) Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1958).

Recebido: 13/01/2016 / Corrigido: 05/02/2016 / Aceito: 20/04/2016.