

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**SER MÃE: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E  
DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

JANDIRA INÁCIA DA ROCHA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
em Educação da Universidade Estácio de Sá,  
como parte dos requisitos para a obtenção do  
título de Mestre.

Orientadora: Professora Dr.<sup>a</sup> Margot Madeira

Rio de Janeiro  
2007

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**SER MÃE: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E  
DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

JANDIRA INÁCIA DA ROCHA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
em Educação da Universidade Estácio de Sá,  
como parte dos requisitos para a obtenção do  
título de Mestre.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Banca examinadora:

Orientadora e Presidente: Professora Dr.<sup>a</sup> Margot Madeira

Membro Interno: Professora Dr.<sup>a</sup> Lina Cardoso Nunes

Membro Externo: Professora Dr.<sup>a</sup> Mirian Paura Sabrosa Zippin Grinspun

Rio de Janeiro  
2007

## Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

**R672 Rocha, Jandira Inácia da**

Ser mãe: as representações sociais de puérperas e da equipe de saúde de uma instituição hospitalar / Jandira Inácia da Rocha. – Rio de Janeiro, 2007.

100 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em educação)– Universidade Estácio de Sá, 2007.

Bibliografia: f. 80-81.

2. Psicologia social. 2. Mãe e lactente. 3. Maternidade – Aspectos psicológicos. I. Título.

CDD  
302

*Á Deus, que é uma energia constante em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu filho *Alysson Rocha*, que muitas vezes se viu privado de minha companhia e que, no entanto, compreendeu, respondendo sempre com carinho e dedicação às minhas solicitações.

A minha sobrinha *Juliana Rocha*, que compartilhou de momento às vezes de angústia, mas soube, com meiguice, entender.

A minha irmã, *Janete Rocha*, grande incentivadora em todas as fases de minha vida.

A minha família em geral, especialmente aos meus pais, *Sebastião Francisco da Rocha* e *Olina dos Santos Rocha*, que souberam me dar “asas e raízes”, o que serve como força motriz para toda minha vida e em especial neste momento crucial entre a elaboração final desta dissertação e a despedida de meu querido pai desta vida.

À Professora Doutora Alda Mazzotti, que ressignificou este momento.

À Professora Doutora Margot Madeira, que carinhosamente acolheu-me orientando e aplacando dúvidas e sentimentos contraditórios.

Ao Professor Doutor *Tarso Mazzotti*, que com seus ensinamentos deixam marcas profundas.

À Professora Doutora, Lúcia Mauricio Matosinho, por sua delicadeza e carinho.

À Professora Doutora, Mirian Paura, por sua atenção e carinho em todos os momentos.

A Professora Doutora *Lina Cardoso Nunes*, porque foi ela que, por seu efetivo entusiasmo e compromisso com a educação, me estimulou a continuar meus estudos como educadora e a ingressar no Mestrado em Educação e Desenvolvimento Humano em 1996. Dez anos depois, amparou-me como “anjo”, dando-me carinho e força, diante da necessidade de refazer o caminho. A ela o meu eterno reconhecimento e carinho.

À Professora e Doutora *Ruth da Cunha Pereira*, que com carinho especial, segurou minhas mãos e me estimulou a seguir o caminho, embora árduo.

Ao Professor Doutor *Romeu Gomes*, que, junto com a Professora Ruth de Cunha Pereira, semeou o vírus em busca do caminho das pedras (RS).

Aos colegas das turmas com quem tive o prazer de somar nesta nova jornada.

As Secretárias do Mestrado em Educação da Universidade Estácio de Sá Senhorita Ana Paula e Senhora Áurea, que nos dedicam carinho e respeito.

Enfim, a todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para o alcance de mais esta meta.

...Quando estiverdes prontos, cada um de vós irá encontrar um preceptor, um padrinho que deseja acompanhar-vos no mundo externo e que está sempre ao vosso lado. É aquele que vos apresenta algumas tarefas difíceis para executar, tanto seja no lar ou no trabalho; isto serve para testar vosso amor, fidelidade e paciência. Deveis compreender que venerar a Vida não significa algo distante, mas sim a pessoa que está vivendo ou trabalhando ao vosso lado...

CONFÚCIO

## SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS .....	07
RESUMO .....	10
ABSTRACT .....	11
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 Formulação da Situação Problema.....	16
1.2 Objetivos e Relevância do Estudo .....	20
1.3 Questões do Estudo .....	20
1.4 Referencial Teórico .....	21
1.5 Metodologia .....	23
1.6 Organização dos Capítulos Subseqüentes .....	24
<b>CAPÍTULO II – A MATERNAGEM NA CONSTRUÇÃO DO SER HUMANO .</b>	<b>25</b>
2.1 Maternidade e Maternagem .....	25
2.2 A Visão Psicanalítica .....	31
2.3 As Estruturas do Processo de Desenvolvimento do Ser Humano .....	33
2.4 O Processo Dinâmico da Personalidade: Os Mecanismos de Defesa .	36
2.5 O Desenvolvimento da Personalidade .....	42
2.6 Os Estágios de Desenvolvimento do Homem .....	43
<b>CAPÍTULO III – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO IV – SER MÃE E A MATERNAGEM: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>57</b>
4.1 Representações Sociais da Puérpera .....	58
4.1.1 Mãe .....	59
4.1.2 Filho .....	63
4.1.3 Pai .....	65
4.1.4 Amamentação .....	65
4.1.5 Família .....	66
4.2 Representações Sociais da Equipe de Saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí .....	67
4.2.1 Mãe .....	68
4.2.2 Filho .....	69



4.2.3	Pai .....	70
4.2.4	Amamentação .....	71
4.2.5	Família .....	74
4.2.6	Educação .....	75
4.2.7	Trabalho .....	76
<b>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>		<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>		<b>84</b>
<b>ANEXO .....</b>		<b>87</b>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Portaria MS/GM Nº 1016, de 26 de agosto de 1993 .....	88
ANEXO 2 – Figura 1.....	94
ANEXO 3 – Figura 2 .....	95
ANEXO 4 – Figura 3 .....	96
ANEXO 5 – Figura 4 .....	97
ANEXO 6 – Figura 5.....	98
ANEXO 7 – Roteiro modelo para entrevista com puérperas.....	99
ANEXO 8 _ Roteiro modelo para entrevista com equipe de saúde.....	100

## RESUMO

Os objetivos do estudo foram: (1) analisar as representações sociais de ser mãe e da maternagem das puérperas e da equipe de Saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí e (2) analisar as relações que se estabelecem entre a equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí e as puérperas. Espera-se, assim, contribuir para a melhoria do atendimento às mães e a seus bebês na prática da amamentação em alojamentos conjuntos do hospital, considerando a necessidade primária de troca afetiva no processo de desenvolvimento humano, especialmente, na dimensão educacional. Adotou-se como fundamentação teórica as contribuições de Moscovici, Jodelet, Madeira, Alves-Mazzotti sobre Representações Sociais, de Freud, Badinter, Maldonado e Soifer nos aspectos históricos e psicológicos sobre o ser mãe e a maternagem. Quanto aos procedimentos metodológicos para identificação e interpretação das representações sociais das puérperas e da equipe de saúde, os dados foram coletados através de entrevistas não-estruturadas, registradas em fitas gravadas pela pesquisadora. Os sujeitos de estudo foram: (a) seis puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, no período de coleta dos dados; (b) seis profissionais que estavam em exercício compondo a equipe do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, no mesmo plantão em que as puérperas entrevistadas estavam internadas, a saber: duas enfermeiras, dois médicos obstetras e duas auxiliares de enfermagem. Os resultados evidenciaram pontos comuns em termos das representações sociais, entre equipe e puérperas nas categorias: (a) mãe, como totalidade do ser, (b) filho, responsabilidade; (c) pai, como simples reprodutor; e (d) amamentação, fator imunológico. Em termos das relações que se estabelecem entre as puérperas e a equipe de saúde que atuam no alojamento do Serviço de Obstetrícia do Hospital, verificou-se que há um distanciamento gerado pela frustração desta equipe diante da necessidade de um projeto de implementação voltado para a dimensão educativa da ação da equipe de saúde.

Palavras-chave: Representações Sociais, Educação, Maternidade, Maternagem.

## ABSTRACT

The objectives of the study were: (1) analyzing the Social Representations of being mother and maternity of the parturients and of the team of the Obstetric Health Service in General Hospital of Andaraí and (2) analyzing the links that can be established between the health team of the Obstetric Service in General Hospital of Andaraí and the parturients that can be ground for the study of the improvement for the necessary assistance of the parturients and their babies concerning the breast-feeding in the lodgings of the hospital, considering the basic needs of emotional exchange in the process of human development. Some authors were taken into account appearing as a mayor choice for the purpose of this paper: from Moscovici, Jodelet, Wood, Alves-Mazzotti about Social Representations, from on methodological support, from Freud, Badinter, Maldonado and Soifer about the historical and psychological aspects of being mother and maternity. Concerning the methodological procedures for the identification and interpretation of the Social Representations of the parturients and of the health team, the data were collected by means of non-structured interviews, recorded in tapes by the researcher during their realization, regarding the categories established by this paper. The following categories were used: (a) to the parturients: mother, son, father, breast-feeding, family; and (b) to the team: mother, son, father, breast-feeding, family, education and work. The subjects of study were: (a) six childbirth that were in the lodging of the Obstetric Service of the General Hospital of Andaraí during the researcher's work shift in the period of data collecting; (b) six professionals who were working in the team of the Obstetric Service at the time the interviewed parturients were in: two nurses, two obstetricians and two auxiliary nurses. The results revealed some common points regarding the Social Representations between the team and the parturients in the following categories: (a) mother as the totality of the human being; (b) son as responsibility; (c) father as a mere reproducer; and (c) breast-feeding as the immune system which is responsible for the determination of the necessity of breast-feeding. According to the relationship between the parturients and the health team that work in the lodging of the Obstetric Service of the Hospital, one could verify that nowadays a gap appears between the frustration of this team facing the loss of prestige as a professional and as a person during the competitive process of their professional life.

Word-key: Social Representations, Education, Maternity, cares with the baby

## ***CAPÍTULO I***

### ***INTRODUÇÃO***

#### **1.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

Inúmeras políticas relativas à Saúde têm sido implementadas em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde (MS), com o propósito de minimizar as carências populacionais. Nesse contexto, observam-se programas ligados à vacinação em massa que buscam evitar doenças em idosos, adultos e crianças, a exemplo da vacinação contra doenças infecto-contagiosas, como a rubéola, as vacinas que previnem a gripe em idosos e outros programas de vacinação para prevenção da poliomielite, entre outras doenças graves.

As políticas públicas se fazem presentes em outras diferentes instâncias relacionadas a necessidades específicas. Destaca-se, assim a preocupação com a questão do aleitamento materno, problema, freqüentemente trazido à tona pelas mídias, que sinalizam a importância do leite materno para o nascituro.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), vêm desde o início da década de oitenta promovendo diversos

cursos de atualização sobre aleitamento materno para as equipes de saúde. Esses cursos têm por objetivos: enfatizar os procedimentos técnicos efetivos para a amamentação e o cumprimento de tarefas estabelecidas em termos legais (Brasil, Ministério da Saúde, 1993a), para que a instituição hospitalar seja credenciada como uma maternidade de referência para o atendimento em obstetrícia (Anexo A).

Tem ficado evidente que a especialização profissional da equipe hospitalar implica necessariamente em estreitamento da visão do campo global (MALDONADO,1989). Talvez a colaboração interdisciplinar pudesse corrigir a ótica distorcida e parcial dos especialistas, que trabalham na área de saúde. O obstetra, por exemplo, mais atento ao aspecto somático das manifestações das pacientes, pode ajudar o psicólogo na análise de situações decorrentes da influência de fatores hormonais, bioquímicos e mecânicos do ciclo grávido-puerperal e vice-versa.

Por sua vez, o psicólogo pode facilitar a atuação do obstetra, contribuindo com a interpretação dos distúrbios relativos a estes fatores que são de origem emocional.

O trabalho conjunto da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia oferece um caminho aberto para explorar os aspectos terapêuticos, como a auto-estima, por exemplo, potencialmente presentes em cada relação humana e capaz de enriquecê-la ainda mais.

O atendimento no período de internação hospitalar acontece em momentos de vida de intensa mobilização afetiva para a puérpera, e também para seus familiares. Em verdade, emerge, nesse momento, uma situação de crise de transição existencial na puérpera, no âmbito da maternagem (MALDONADO,1989).

No hospital, a equipe de saúde procede em suas funções como mais uma rotina, provida de seus conhecimentos e de suas experiências como se tudo fosse

óbvio e natural e como se, o óbvio fosse percebido por todos (MADEIRA, 2007), o que pode implicar numa visão distorcida ou até fragmentada da realidade.

Ressalta-se aqui que o atendimento da equipe de saúde em seu pleno exercício tem uma dimensão educadora, e como tal serve de modelo e parâmetros nas relações que se estabelecem entre médico-paciente, se isto não ocorre pode-se supor que esta relação esteja comprometida.

A partir dessa visão fragmentada surge inicialmente o seguinte questionamento: uma vez que se observa a ampliação de cursos que possibilitam o credenciamento da unidade hospitalar como cuidadora da criança, constituindo-se em fator de revisão de procedimentos nas equipes de saúde, o que ocorrerá efetivamente se não se observa um número significativo de instituições já credenciadas como referências para o atendimento em obstetrícia?

Considerando-se que este atendimento pressupõe um processo contínuo de comunicação, será que a linguagem e seus significados podem interferir a ponto de impedir um resultado mais próximo do ideal de tornar o natural, que chamamos aqui de processo fisiológico, no ato de parir *versus* domínio de habilidades profissionais um processo imprescindível para o exercício da qualidade de vida? Como têm se evidenciado entre as puérperas as questões de crise e incerteza quando ao fato de ser mãe?

Torna-se, assim, necessário evidenciar as representações sociais relativas ao fato de ser mãe e da maternagem em um contexto institucional que enriquece a relação entre a Educação, a Psicologia e a Sociologia, em decorrência da interação entre a equipe de saúde e puérpera do Serviço de Obstetrícia de uma instituição hospitalar do Ministério da Saúde.

Os diversos estudos sobre representações sociais, a exemplo de JODELET (2001), são construtivos em todas as áreas científicas. Acreditamos, pois, que elas constituem o mundo tal como ele é conhecido e que as identidades que elas sustentam garantem ao sujeito um lugar neste mundo. Ao serem internalizadas, as representações passam a expressar a relação do sujeito com o mundo que ele conhece e, ao mesmo tempo, elas o situam nesse mundo (MOSCOVICI, 1984).

A análise das representações pertence a uma tradição que pesquisa a popularização das ciências desde os anos 60. “Sua fronteira inovadora é o reconhecimento claro de que o conhecimento se transforma quando circula para além do seu próprio contexto de produção” (BAUER, 1995, p. 230).

Posteriormente destacou-se a pesquisa de Moscovici sobre o campo propício à construção da teoria das representações sociais, objeto que se encontra não mais no terreno da sociologia, mas na interseção indivisível do individual e do social (MOSCOVICI, 1978). Mais recentemente podem ser apontados os estudos de Jodelet (1989) sobre representações sociais, corroborando as afirmações ao definir representações sociais como, uma forma de saber prático, sujeito a um objeto.

Madeira (2001) e Alves-Mazzotti (2001) enfocam que os estudos das representações sociais se expandiram rapidamente no campo da educação, pelo fato das mesmas servirem como orientação e justificativas práticas, que ajudam a compreender e tentar modificar as práticas docentes que resultam em desigualdades de oportunidades educacionais, e às quais estão relacionadas aos problemas de desigualdade social principalmente em nosso país.

Respalhada pelo referencial teórico das representações sociais, pelo levantamento histórico sobre a maternidade e a legislação vigente no País, intenta-se trazer à luz as representações sociais do ser mãe e da maternagem tanto sob o



ponto de vista das puérperas quanto da Equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia de uma instituição hospitalar do Ministério da Saúde.

## 1.2 FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Pela Constituição Federal do Brasil, de 1988, a maternidade é um direito da mulher, que o Estado, a Sociedade e as Empresas têm a obrigação de respeitar. A Constituição afirma que, se da produção podem participar homens e mulheres, a criação e educação dos filhos, entretanto, é uma tarefa que cabe essencialmente à mulher. Conseqüentemente, ela realiza uma função social da maior importância: a maternidade. Sem esta, seria impossível a existência humana.

Sendo, portanto, a maternidade uma função social, ela deve ser reconhecida como tal e receber do conjunto da sociedade todo o amparo e proteção de que necessita. Amparo e proteção não pelo fato de ser mulher, mas pelo reconhecimento decorrente desta função social exercida pela mulher – a maternidade.

Apesar da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), tratar dos direitos trabalhistas da mulher desde 1943, e da Constituição Federal do Brasil de 1988, assegurar novos direitos à mulher, principalmente no que tange à maternidade, esta legislação nem sempre é cumprida. É necessário, portanto, uma participação cada vez maior da sociedade pela luta e conquista dos direitos, denunciando quando as leis não são cumpridas.

A adoção de alojamentos conjuntos é uma das medidas considerada pelo MS como facilitadora no início da amamentação, uma vez que se trata de uma enfermaria em que o bebê permanece junto à mãe durante as vinte e quatro horas do dia. Entretanto, além desse fator facilitador, há que considerar, outros aspectos

nesse alojamento, intimamente relacionados à puérpera, à criança e à relação médico-paciente no processo educativo da arte de cuidar.

O alojamento conjunto foi uma prática iniciada pela pesquisadora Dra. Natividad Clavano, no Hospital de Báguio, na região das Filipinas, na década de 80, quando pesquisava atividades de promoção sobre aleitamento materno e obteve o reconhecimento da comunidade internacional por ter fechado o berçário do hospital, e efetivado o alojamento conjunto dos bebês e suas mães, facilitando o envolvimento entre ambos (BRASIL, MS, 1993a).

Em 1983, o hoje extinto INAMPS publicou uma portaria (n.º 1016) tornando a medida de alojamento conjunto obrigatória em todos os hospitais públicos e conveniados (BRASIL, MS, 1993a). Passados muito mais de dez anos, tem-se constatado, entretanto, que a permanência da mãe e filhos juntos, 24 horas por dia, não é uma realidade em grande parte dos hospitais do País.

Em maio de 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicaram uma declaração conjunta sobre proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, enfocando particularmente o papel das maternidades.

O Brasil foi um dos dez países escolhidos para iniciar a implementação da Iniciativa Hospitalar Amigo da Criança – IHAC (BRASIL, MS, 1993b), que começou a ser desenvolvida no país em março de 1992, através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio da UNICEF e da OMS/Organização Pan-americana de Saúde.

O programa nacional de incentivo a esta prática, coordenado pelo Ministério da Saúde, começou nos anos oitenta com ênfase : (a) na informação de

profissionais de saúde; (b) na adoção da legislação que protege o trabalho da mulher; e (c) no combate à propaganda de leites artificiais para bebês.

No entanto, vivenciamos uma realidade em que as instituições públicas de saúde manifestam claramente suas carências, desde os recursos materiais essenciais até os recursos humanos, dificultando qualquer implementação efetiva de programas em sua íntegra.

Face a isso, em fevereiro de 1995 o Hospital Geral do Andaraí e as demais unidades hospitalares do MS foram convocados a participarem do Programa de Aleitamento promovido pelo grupo Técnico Institucional/PAIMSCA, através da Secretaria de Saúde (1993a).

O Hospital encaminhou, para realização de um curso especificamente organizado para a implementação do referido Programa de Aleitamento, uma Equipe Multidisciplinar composta de: (a) médico obstetra, chefe do setor de obstetrícia do Hospital do Andaraí; (b) médica pediatra, chefe do setor de pediatria do Hospital Geral do Andaraí; (c) psicóloga, membro do setor de saúde mental do Hospital Geral do Andaraí; (d) nutricionista, membro do serviço de nutrição; (e) assistente social, membro do serviço social do Hospital; (f) enfermeira, chefe do serviço de obstetrícia do hospital.

Estes profissionais participaram efetivamente do Programa, e tiveram a incumbência de implantar condições necessárias para conquistar o título de Hospital Amigo da Criança, sendo que, para isso, deveriam seguir OS DEZ PASSOS fundamentais como exposto no quadro da página 19.

### Quadro 1 – Os passos fundamentais do Programa

- |     |   |
|-----|---|
| 1)  | Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda equipe de unidades de saúde.   |
| 2)  | Treinar toda a equipe de unidades de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.  |
| 3)  | Informar a todas as gestantes sobre as vantagens e manejo do aleitamento.   |
| 4)  | Ajudar as mães a iniciar, o aleitamento, na primeira meia hora após o nascimento.   |
| 5)  | Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se virem a ser separadas de seus filhos.   |
| 6)  | Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.   |
| 7)  | Praticar o alojamento conjunto; permitir que as mães e bebês permaneçam juntos vinte e quatro horas por dia.  |
| 8)  | Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.  |
| 9)  | Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentando no peito.  |
| 10) | Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorial. (Brasil, Ministério da Saúde, 1993b). |

Contudo, ao retornarem ao Hospital Geral do Andaraí foram novamente encaminhados aos seus setores de origem, sem que pudessem efetivamente implantar qualquer procedimento de um trabalho conjunto, embora tenham tentado, através de reuniões com as chefias imediatas, enfatizar a importância do curso e as exigências previstas no Programa.

Se as equipes de saúde são consideradas educadoras e se a educação continuada é a forma de garantir o seu desenvolvimento, inúmeras variáveis estão em jogo nesse processo. Sendo assim, emerge a necessidade de uma reflexão sobre a relação equipe de saúde e puérperas, sobre como está ocorrendo este processo e neste cenário, lançar um olhar específico sobre a situação da gestante na procura do hospital que lhe dará o atendimento necessário e sobre as representações de ser mãe e da maternagem na perspectiva das puérperas usuárias do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí.

### 1.3 OBJETIVOS, QUESTÕES E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A pesquisa teve como objetivos: (a) identificar as relações que se estabelecem entre a equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí e as puérperas que possam servir de base para o favorecimento do atendimento necessário às puérperas e a seus bebês na prática da amamentação em alojamentos conjuntos do hospital, considerando a necessidade primária de troca afetiva no processo de desenvolvimento humano. (b) analisar as Representações Sociais de ser mãe e da maternagem do ponto de vista das puérperas e da Equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí – MS.

A investigação trouxe à luz novas possibilidades de busca de unidade entre educação pré-serviço e em serviço dos profissionais que atuam no Serviço de Obstetrícia, numa perspectiva de educação continuada. As relações que são mantidas entre a paciente e a equipe de um Serviço de Obstetrícia conduzem a um processo extremamente rico, mas, por vezes, visto apenas como natural (processo fisiológico da puérpera em parir e domínio de habilidade da equipe de saúde), sem enfoque da importância devida à troca afetiva, que é primordial nas relações humanas. Ao analisar as representações sociais das puérperas, os significados emergentes serão importantes para a facilitação e enriquecimento do relacionamento que chamamos aqui de médico/paciente.

Assim sendo, o estudo pode ser uma contribuição efetiva para as mudanças nas relações que se estabelecem nesse momento e para repensar as práticas educativas e profissionais das quais depende este serviço.

Em consonância com os objetivos elaborados o estudo tomou por base as seguintes questões: (a) qual a representação social de ser mãe e da maternagem para a puérpera? (b) qual a representação social de ser mãe e da maternagem para a equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí? (c) existem aspectos comuns entre as representações sociais de ser mãe e da maternagem na perspectiva das puérperas e equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí?

#### 1.4 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo tomou por base as contribuições de Moscovici (1978, p.41), que ressalta o fato das Representações Sociais estarem numa posição mista “na encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos, e de uma série de conceitos psicológicos”.

Além de Moscovici (1978), foram enfocadas os estudos mais recentes de Jodelet(2001) e Madeira (2001), entre outros.

Enfatizando os aspectos históricos e psicológicos sobre o ser mãe e a maternagem, foram consideradas as contribuições de Badinter ( 1994, p. 18), que afirma: “não parece existir nenhuma harmonia preestabelecida nem interação necessária entre as exigências da criança e as respostas da mãe. Nesse domínio cada mulher é um caso particular” .

Por sua vez, Maldonado (1995) ressalta, respaldada por autores tais como G. Caplan, Erik Erikson, E. Bibting e T. Bendedek, que o desenvolvimento psicológico é um contínuo que se prolonga muito além da adolescência, marcada por vários períodos de crise que constituem verdadeiros pontos decisivos no crescimento

emocional e que em parte determinam o estado de saúde ou doença mental: “psicologicamente a pessoa nunca cessa de crescer e sempre há a possibilidade de reestruturação, modificações e reintegração da personalidade” idem, razão pela qual a puérpera necessita de uma leitura especial em sua fase de transição, deixando o papel único de mulher para assumir também o de mãe e, muito mais do que isso, um agente responsável por mais um ser humano na vida e no mundo.

Foi levada em consideração, ainda, na pesquisa, a contribuição de Soifer (1993), que evidencia claramente em seus estudos psicológicos do puerpério as fases de crises e as diferenças em que elas ocorrem, o que reforça as considerações de Maldonado.

Só se pode realizar essa múltipla delimitação graças a um lento e gradual processo elaborador, única maneira de elaborar a nova situação. Tal processo apresenta alternâncias depressivas – pelas ilusões não concretizadas e as fantasias de perda ou impotência – ou persecutórias, mantidas nos elementos difíceis apresentados pela realidade, e maníacos ou de negação. (SOIFER, 1993, p.64)

A investigação enfatizou os estudos de Sigmund Freud que estão na base das contribuições trazidas pelos autores mencionados, como Soifer (1993) e Maldonado (1993). Para Freud (1976), é fundamental considerar a formação e o desenvolvimento da psiquê, a divisão descritiva, o ponto de vista tópico, dinâmico e econômico, que contribuem para justificar a gama de variáveis que estão presentes no processo do parto quando se focaliza a questão da construção do ser humano.

Finalmente sobre a legislação do direito da mulher (BRASIL, 1988, cap. II, art. 201, da Seguridade Social), houve também subsídios que foram relevantes para análise dos dados da investigação, tais como os artigos 205 e 214, que enfatizam a importância da mulher no processo de educação dos filhos e os artigos 377, 382 e 383 da referida lei, sobre a proteção à maternidade, onde a mulher é vista como um

ser diferente do outro (a criança) e por estar se construindo, também, perante a sociedade.

## 1.5 METODOLOGIA

O estudo adotou os procedimentos metodológicos relativos à identificação e interpretação das representações sociais que compõem a visão de si próprio e do mundo, nas perspectivas da puérpera e da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, local escolhido tendo em vista a pesquisadora atuar nesta instituição, o que favoreceu o acesso às informações.

Dentre os significados considerados estruturantes dessa visão, foram enfocados : a) para a puérpera: mãe, filho, pai, amamentação, família; b) para equipe de saúde: mãe, filho, pai, amamentação, família, educação e trabalho.

Segundo Gomes (1998, p. 71), representação social pode ser entendida como “pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade”.

Os sujeitos de estudo foram: a) Seis puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto do serviço de obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, em um dos plantões da pesquisadora, no período de coleta de dados da pesquisa. O quantitativo de puérperas entrevistadas foi definido, tendo em vista que o alojamento conjunto do referido serviço conta com seis vagas para esse atendimento. b) Seis profissionais que estavam em exercício, compondo a equipe do serviço de obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, no mesmo plantão em que as puérperas entrevistadas estavam internadas, a saber: duas enfermeiras, dois médicos obstetras e duas auxiliares de enfermagem.



Os dados foram coletados através de entrevistas centradas em polos(anexo 2), registradas pela pesquisadora no momento de sua realização através de gravador, com base nas categorias estabelecidas para o estudo.

Como sugere Gomes (1998), após as entrevistas, que foi o procedimento adotado na investigação, foi feita a análise de dados registrados, à luz do referencial teórico adotado, interpretando as categorias do estudo a partir das falas das puérperas e dos profissionais da equipe de saúde do serviço de obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí.

O aprofundamento deste estudo, denota fatos específicos nessa relação médico-paciente, no processo educativo de ambos. O que pode cada vez mais enriquecê-lo. No entanto, tendo em vista que, a investigação se refere aos sujeitos, de uma única instituição hospitalar do Ministério da Saúde, não é possível estabelecer generalizações, o que é uma limitação do estudo, ainda que diferentes leitores, ao terem acesso aos resultados da pesquisa, possam fazer inferências a respeito do assunto e relacioná-los à sua situação particular.

## 1.6 ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS SUBSEQÜENTES

Após o presente capítulo, o estudo está organizado da seguinte maneira: O Capítulo II aborda A Maternagem na Construção do Ser Humano; no Capítulo III é focalizada, a contribuição das representações sociais para o estudo; no Capítulo IV são consideradas representações sociais de ser mãe e da maternagem; no Capítulo V foram feitas considerações finais.

## *CAPÍTULO II*

### *A MATERNAGEM NA CONSTRUÇÃO DO SER HUMANO*

O presente capítulo focaliza a questão da Maternidade e Maternagem, bem como a visão psicanalítica do processo de construção do homem.

#### **2.1 MATERNIDADE E MATERNAGEM**

As revisões históricas sobre a maternidade feitas por Kniebiehler e Fouquet (1986), bem como Ariès (1995) e Badinter (1980), abriram muitos espaços para o aprofundamento do estudo sobre o assunto. Assim, as pesquisas mostram que a exaltação do amor materno é fato relativamente recente na civilização ocidental.

Esta é uma das questões apontadas, mas, certamente, inúmeros questionamentos surgem no contexto da Maternagem, e cabe ao pesquisador selecioná-los na busca de explicação para os problemas emergentes.

No século XVI, na Europa, predominava o costume de confiar o recém-nascido a uma ama, que amamentava e cuidava da criança durante os primeiros anos de vida. O cuidado na escolha da ama era importante, pois se acreditava que o leite transmitia traços de caráter; no entanto, o fato das amas costumarem tomar conta de vários bebês contribuía para o alto índice de mortalidade infantil. Os bebês eram alimentados inadequadamente, dopados para dormirem mais e tratados com medidas higiênicas insatisfatórias, permanecendo vários dias sem terem as roupas

trocadas. Eram enfaixados para ficarem com os movimentos mais restritos e, dessa forma, dar menos trabalho, embora apresentassem quase sempre problemas de assaduras e infecções (LEITE, 1984).

Maldonado (1995) cita, também, os autores Ariès (1995), além de Kniebiehler, Fouquet (1986) e Badinter (1985) no seu trabalho, enfocando a relação do Psicólogo. Segundo ela, a inserção da Psicologia, trouxe contribuições relevantes para a área da saúde em geral, alinhando-se ao conjunto de saberes e fazeres produzidos por diferentes disciplinas que atuam na área; pois a inserção de psicólogos nos variados serviços de saúde representa um espaço aberto aos questionamentos. No entanto, se sugere a superação de dicotomias e um campo aparentemente monolítico, sua breve trajetória e as tensões desse campo concorrencial, que se situa na interdisciplinaridade, mostram que essa unicidade é múltipla. A Psicologia como campo de práticas, de saberes e de sentidos apresenta dificuldades e contribuições, pois ao mesmo tempo em que questiona, mantém e engendra dicotomias problemáticas, enfrenta o desafio de uma área de atuação marcada pela heterogeneidade.

Na Idade Média, os nascimentos ilegítimos eram bastante aceitos. Os filhos ilegítimos não encontravam portas fechadas se o pai tivesse recursos sociais.

A partir do século XVI, com a reforma protestante e a contra-reforma católica, a situação da mãe com um filho ilegítimo agravou-se sensivelmente. No século XVII, tornou-se difícil a situação de ter um filho ilegítimo e muitas mulheres passaram a recorrer às práticas do aborto, do abandono e do infanticídio (LEITE, 1984).

O abandono de crianças chegou a ser uma prática tão difundida que começaram a surgir na Europa às primeiras instituições destinadas a acolher essas crianças. No Rio de Janeiro, a Casa dos Expostos (hoje Fundação Romão Duarte)

foi fundada em 1838 para receber as crianças abandonadas, a fim de proteger a honra da família colonial, escondendo filhos ilegítimos. Como parte da história do Brasil, o Educandário Romão Duarte abriga hoje, em regime interno e semi-aberto, 300 crianças de zero a 14 anos. As crianças são encaminhadas pelos Conselhos Tutelares e o Juizado de Menores para serem trabalhadas com a meta de reintegrá-las à sociedade. Quanto ao infanticídio, apesar de crime severamente punido, era amplamente praticado sob o disfarce de acidente, como Ariès (1995) mostra, mencionando que comumente as crianças morriam asfixiadas na cama dos pais, onde dormiam.

Esses fatos sugerem que até o século XVIII predominava uma conduta de indiferença materna. Para Áries (1995), isto explica o alto índice de mortalidade infantil; se a mãe se ligasse ao bebê sofreria intensamente, dada a grande probabilidade de perdê-lo.

No entanto, Badinter (1985) dá outra interpretação: se os bebês morriam com tanta freqüência era justamente em decorrência do desinteresse das mães. Daí concluir que o amor materno não é um instinto, mas um sentimento como todos os demais, sujeito às imperfeições, oscilações e modificações, que podem se manifestar só com o filho ou com todos. Ainda para Badinter (idem), a existência do amor materno depende da história da mãe tanto quanto da própria história.

No século XVIII, quando se começou a enfatizar a importância da presença da mãe na transmissão dos fundamentos de educação e da religião, estabeleceu-se o costume de colocar a criança até sete anos de idade sob a responsabilidade primária da mãe; a partir dessa idade, a criança passa a pertencer ao mundo dos adultos. Somente no final do século XVIII inicia-se a exaltação do amor materno no discurso filosófico, médico e político, não no discurso educacional.

Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1792, lança idéias fundamentais sobre a família baseada no amor materno. Embora tenha abandonado sua mulher e os filhos, tornou-se um dos mais ardorosos defensores do amor materno, valorizando o vínculo afetivo derivado do contato físico entre a mãe e o filho (COSTA,1979).

Na época do Iluminismo, o discurso médico sobre a maternidade toma o mesmo rumo das idéias de Rousseau. Especialmente com os trabalhos de Des Essart (apud COSTA,1979) inicia-se o processo de intimidar e culpar as jovens mães, sendo que as recusas de amamentar e a tentativa de abortar passaram a ser consideradas como crime.

No ensino médico, a Obstetrícia surge como especialidade em 1806. A mulher passa a ser, então, objeto de um estudo que visa a definir seu papel social a partir de sua anatomia. A sociedade é caracterizada por representações compartilhadas por homens e mulheres e que servem para firmar o seu pertencimento a própria sociedade.

Socializar-se significa incorporar essas significações comuns marcantes da particularidade daquela sociedade específica. Médicos e pacientes são partícipes desse processo e reproduzem valores, crenças, preconceitos que permeiam um determinado contexto, podendo contribuir para cristalizar e/ou ressignificar estigmas. Por sua vez, a cultura é como uma lente através da qual se olha o mundo e é multifocal, porque não existe a cultura, mas culturas relativas à variedade dos grupos humanos e seus contextos históricos. A cultura é uma gramática que gera os elementos que a constituem, estabelecendo significados aos mesmos e às suas relações. A base de conhecimentos e práticas da Medicina está estreitamente

articulada à cultura, da mesma forma como a história que o paciente constrói sobre sua doença, os sentidos a ela atribuídos, ao seu corpo e ao seu sofrimento.

Foi assim que Roussel, (apud MALDONADO, 1985) em 1775, viu o corpo feminino como destinado à maternidade. Segundo ele, a ossatura da mulher é menor e menos dura que a do homem, a caixa torácica é mais estreita e a bacia mais larga para conter o feto. Assim, ainda segundo Roussel, (idem) a fraqueza e a sensibilidade são as principais características da mulher e da mãe. Esta definição passa a predominar no século XIX, reforçando o argumento de manter a mulher encerrada no lar. Virey, (1846) discípulo de Roussel, (apud MALDONADO,1985) reduz claramente o papel da mulher à procriação.

Para Costa (1979), a tendência a culpar a mulher é um aspecto importante da mentalidade higiênica, na história da medicina no Brasil. Combateu-se o emprego da ama-de-leite mercenária, incitando-se a mulher a cumprir seu dever natural de amamentar instintivamente, como as fêmeas de outras espécies. Desta forma, o ato de amamentar passou a ser vinculado ao de boa mãe.

No culto à maternidade, ocorrido no século XIX, o lugar da mãe cresce na sociedade, ao mesmo tempo, que o da criança. Surge enfaticamente o controle à natalidade. As novas condições de vida econômica e política atraem cada vez mais os homens para fora de casa, delegando à mulher a função de educadora. A maternidade, até então uma função biológica, passa a ser uma função social. No entanto, apesar do discurso médico e filosófico, os ricos, os nobres, continuavam a confiar seus filhos às amas-de-leite, até o fim do século XIX, quando o progresso, da higiene e da esterilização possibilitou o início da puericultura, que permitiu a utilização do leite animal, sem grandes riscos. Nesta época, o novo sentimento de

família contribuiria para diminuir a incidência de separação de bebês (COSTA, 1979).

Já no século XX, sob a influência da psicanálise, reforça-se a tendência a responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas que surgem com os filhos.

Para Badinter (1994), a mãe do século XVIII é auxiliar dos médicos; no século XIX, colaboradora das religiosas e professores; e no século XX, assume a responsabilidade de cuidar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos. Serrurier (1993, p. 21), reforça também esta posição de Badinter (e de outros autores), ao afirmar:

[...] recriminar a psicanálise de, quando da sua vulgarização na França, ter jogado sobre a mãe toda a responsabilidade pelo bom desenvolvimento psico-afetivo da criança, de maneira excessiva e, portanto, injusta, podemos também reconhecer na teoria psicanalítica um grande mérito de permitir às pessoas se conhecerem e se aceitarem, tais como elas são, pela conquista de seu inconsciente.

Assim, tal desenrolar de fatos, ora marcados simplesmente por uma ocorrência no tempo e no espaço, ora gerado pelo próprio desenvolvimento do homem no sentido de ser social, nos leva a questionar na atualidade as funções maternas produzidas nas representações que ocorrem, necessária e naturalmente, entre puérperas e a equipe de saúde.

É difícil delimitar o que é normal quando os discursos da equipe de saúde e das puérperas se confrontam. No entanto, podemos considerar a parição como um processo fisiológico feminino e natural e as formas que a maternidade assume e a maternagem são simbólicas e por isso requer um maior cuidado no processo educativo da equipe de saúde desenvolvido junto às puérperas.

## 2.2 A VISÃO PSICANALÍTICA

As proposições psicanalíticas são vastas. Vários aspectos são abordados aqui de forma ampla, na maioria das vezes com citações de Freud. Toda a sua visão sobre a formação e o desenvolvimento da psiquê, a divisão descritiva, o ponto de vista tópico, o dinâmico e o econômico são contribuições fundamentais na tentativa de justificar a riqueza das variáveis ocorridas no processo de parto na construção do ser humano.

Bebês precisam de mães. De acordo com a visão psicanalítica, parece que a conexão original de bem-aventurança é a ligação umbilical, a identificação biológica no útero. Fora do útero, apenas a ilusão gratificante de compartilhar com a mãe a fronteira comum. O desejo eterno de união, segundo alguns psicanalistas, acontece nesses momentos, e por isso, muitas vezes na vida ressurge o desejo de retorno ao âmago, e isto ocorre muito mais pelo estado de união ilusória, isto é, a famosa simbiose, um processo pelo qual, bem no fundo do inconsciente, todo ser humano anseia.

O ato de ser mãe parece ter uma íntima relação com o princípio de prazer. Segundo Freud (1976 v. XVIII, p.17), “Na teoria psicanalítica não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio do prazer”. Isto não quer dizer que haja dominância do princípio de prazer sobre os processos mentais, o que pode e é fornecido pela mãe. Esta propicia a satisfação de todas as suas necessidades ou não. Assim, por exemplo, o recém-nascido, ao solicitar através do choro o alimento que pode satisfazer uma de suas necessidades primárias, nem sempre é atendido imediatamente por sua mãe.



Na perspectiva freudiana (1976), o princípio do prazer é próprio do processo primário do aparelho mental e, do ponto de vista da autopreservação diante das dificuldades do mundo externo, ele se torna ineficaz; por isso, sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio do prazer é substituído pelo de realidade, ou seja, o princípio de realidade não abandona a intenção de obter prazer, mas exige e efetua o adiamento da satisfação e a tolerância temporária do desprazer. No entanto, o princípio de prazer persiste por longo tempo como o processo de funcionamento usado pelos instintos sexuais, difíceis de educar e assim, partindo desses instintos ou do próprio ego, consegue vencer o princípio de realidade.

A substituição do princípio do prazer pelo da realidade acontece a partir de um pequeno número de experiências desagradáveis. Pode ocorrer, também, desprazer relacionado aos conflitos que ocorrem no aparelho mental, enquanto o ego está processando o seu desenvolvimento para organizações compostas (FREUD, 1976).

Embora a maior parte da energia com que o aparelho mental se abastece surja de impulsos instintivos inatos, não é a todas que ela permite atingir as mesmas fases de desenvolvimento. Às vezes, instintos individuais ou parte de instintos se mostram incompatíveis em seus objetivos com os remanescentes que podem combinar-se na unidade inclusiva do ego. Os primeiros objetivos são expulsos por meio do processo de repressão e mantidos em níveis inferiores do desenvolvimento psíquico, sem possibilidade de satisfação. Se, por acaso, alcançam êxito, através de caminhos indiretos à satisfação direta ou substitutiva, esses acontecimentos, que em outros casos seriam uma oportunidade de prazer, são sentidos pelo ego como desprazer. “Em virtude do velho conflito que resultou pela repressão, ocorreu outra

ruptura no princípio do prazer no momento em que certos instintos esforçavam-se para obter novo prazer. Parece ser esse processo que dá origem ao desprazer neurótico” (FREUD, 1976, v. XVIIIp.236).

Embora ocorram essas duas fontes de desprazer, elas não são capazes de abranger todas as experiências desagradáveis, o que reforça a dominância do princípio do prazer.

A teoria psicanalítica estabelece que o ego é a esfera da psiquê que serve de mediadora às relações entre interior e exterior. Vários sistemas e aparelhos psíquicos do ego servem de defesas, realizam a descarga de tensões desnecessárias, a exclusão de estímulos indesejáveis e inúmeras trocas possíveis com o ambiente. Mas é bom frisar que, de acordo com o que escreveu Freud em 1914, o recém-nascido não tem ego. Um aspecto também importante a ser ressaltado na relação mãe-filho é que a estrutura psíquica da mãe é fundamentalmente diferente da de seu filho. Na verdade, a relação entre essa dupla é desigual, como mencionou Freud, em 1895, em seus estudos.

Focalizamos aqui os aspectos principais da construção do ser humano, segundo Freud (1914). Ressaltamos, que se a parição pode ser considerada como um processo natural, é de suma importância o processo educacional desenvolvido pela equipe de saúde junto às puérperas no que tange as questões desta construção no aspecto simbólico.

## 2.3 AS ESTRUTURAS DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO SER HUMANO.

A partir da questão do princípio do prazer, Freud aprofundou sua observação analítica dos fatos. Para ele, “a divisão do psíquico em o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise” (1976, v. XVIII, p.27). Assim sendo, “a psicanálise não pode situar a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a encarar esta como uma qualidade do psíquico, que pode achar-se presente em acréscimo a outras qualidades, ou estar ausente” (idem).

Para o autor, “um estado de consciência é caracteristicamente muito transitório” (idem), podendo-se dizer que uma idéia pode ficar *latente* e tornar-se consciente a qualquer momento. Assim sendo, o estado em que as idéias existiam foi considerado, por ele, de repressão, chegando ao conceito de inconsciente a partir da teoria da repressão.

Reforça Freud que “temos dois tipos de inconsciente – um que é latente, mas capaz de torna-se consciente, e outro que é reprimido e não é, em si próprio e sem mais trabalho, capaz de tornar-se consciente” (idem).

A partir desta posição, Freud (1976, v. XVIII, p.29) ressalta que:

{...} ao latente, que é inconsciente apenas descritivamente, não no sentido dinâmico, chamamos de pré-consciente, restringimos o termo inconsciente ao reprimido dinamicamente inconsciente, de maneira que temos agora três termos, consciente (cs), pré-consciente (Pcs) e inconsciente (Ics), cujo sentido não é mais puramente descritivo.

Segundo o autor, “todas as percepções que são recebidas de fora e de dentro, o que chamamos de sensação e sentimentos, são conscientes desde o início” idem, do processo de desenvolvimento do ser humano. “As representações verbais são resíduos de lembranças, e foram antes percepções, e como todos os resíduos mnêmicos, podem tornar-se conscientes de novo” (FREUD, 1976, V. XVIII, p.29)).

As estruturas que formam a psiquê são constituídas pelo id como primeira estrutura, o qual segundo Freud, é o repositório das pulsões. Inato, e caracterizando-se pelo processo primário, alógico, infantil, arcaico, atemporal, impulsivo, incapaz de tolerar frustrações, pois é regido pelo princípio do prazer, ou seja, deseja a satisfação imediata das pulsões. As alucinações são exemplos do funcionamento do processo primário, que ocorre da seguinte forma: diante da ausência do objeto que reduziria a pulsão, o indivíduo alucina; na ausência do leite, o bebê fantasia, ou alucina sua presença. Freud afirma que “o ego é aquela parte do id que foi modificada pela influência direta do mundo externo, por intermédio do pré-Consciente, consciente” (idem). Desta forma, explica:

[...] o ego procura aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio do prazer que reina irrestritamente no id, pelo princípio de realidade. Para o ego, a percepção desempenha o papel que no id cabe ao instinto. O ego representa a razão e o senso comum, em contraste com o id que contém as paixões. Tudo isso se coaduna às distinções populares com que estamos familiarizados; ao mesmo tempo, contudo, só deve ser encarado como confirmado na média ou idealmente. (FREUD, 1976,v. XVIII,p.38-39)

Existe, também, uma gradação do ego, como descreve Freud:

[...] se o ego fosse simplesmente a parte do id modificada pela influência do sistema perceptivo, o representante da mente do mundo real, teríamos um simples estado de coisas a tratar, mas há outras complicações. A gradação de ego que pode ser chamada de ego ideal ou superego. O fato de que essa parte do ego está menos firmemente vinculada à consciência é a novidade que exige explicação. (idem)

Vemos que o id e o ego, têm por objetivo a satisfação dos instintos, com a diferença de que o id busca a satisfação irrestritamente e o ego a busca dentro dos limites da realidade. Já a terceira estrutura da personalidade, o superego, tem objetivos diferentes. Ele representa as restrições culturais sobre a expressão dos instintos, que foram incorporados e aceitos pelo indivíduo. É importante, porém,

notar que o superego não é necessariamente uma representação exata das normas culturais. Ele é formado na infância, à base de proibições referentes à sexualidade, através da resolução do complexo de Édipo.

O processo dinâmico dessa tríade por si só é conflituoso e vai requerer um reforço através dos mecanismos de defesas para a busca do equilíbrio, que pode também ser reforçada no processo educativo através da interação da equipe em trabalho

#### 2.4 O PROCESSO DINÂMICO DA PERSONALIDADE: OS MECANISMOS DE DEFESA

O modelo freudiano é de conflito, ou seja, ou há conflito entre o id contra o ego ou entre o id e o ego contra o superego, ou entre o id e as exigências ambientais. O conflito gera ansiedade e o organismo precisa reduzir essa tensão. Para tal, o ego utiliza os chamados mecanismos de defesa, que são inconscientes.

O termo mecanismo é utilizado por Freud para exprimir o fato de que os fenômenos psíquicos apresentam articulações suscetíveis de uma análise científica. Ao mesmo tempo, que destaca noção de defesa e a situa na base dos fenômenos históricos, ele descreve o mecanismo de defesa como recurso utilizado pelo ego para restabelecer o equilíbrio. Entre eles, destacamos (a) repressão; (b) negação; (c) formação reativa; (d) projeção; (e) fixação; (f) deslocamento e (g) a sublimação.

Um mecanismo de defesa básico é a repressão que consiste em o inconsciente tirar da consciência idéias, lembranças, sentimentos que, se estivessem à tona, causariam muita ansiedade. A ansiedade ocorre provavelmente

quando não houver uma descarga motora, na época do trauma original, cuja lembrança é agora reprimida (FREUD, 1976).

A negação constitui um mecanismo primitivo, que consiste explicitamente em negar que um fato ocorreu. A negação não é uma mentira consciente, o indivíduo está plenamente convencido da veracidade de sua versão do caso. Foi na experiência do tratamento psicanalítico que Freud (1976) pôs em evidência o processo de negação. Ele encontrou, nos histéricos que tratava, uma especial forma de resistência: “quanto mais vamos ao fundo, mais dificilmente são admitidas recordações que emergem, até o momento em que, já perto do núcleo, encontramos algumas que o paciente recusa, mesmo quando as produz” (idem, v. XVIII, p.238).

A idéia de que a tomada de consciência do recalcado se assimila muitas vezes no tratamento pela negação aparece a partir do artigo consagrado por Freud em 1925: “não há prova mais forte de que conseguimos descobrir o inconsciente do que vemos reagir o analisado com essas palavras: ‘Não pensei nisso, ou, nunca pensei nisso’” (idem, 1976, v. XVIII, p.239).

A formação reativa se apresenta na expressão de sentimentos diametralmente opostos ao que está sendo reprimido, ou seja, caracteriza-se pelo extremismo e exagero das demonstrações. Uma pessoa que no fundo odeia a outra pode manifestar expressões de extrema delicadeza e amizade, que pelo exagero soam falso. Segundo Freud (1976), trata-se de um mecanismo psíquico especial, que se traduz em lutar diretamente contra a representação penosa substituindo-a por um sintoma primário de defesa, que consiste em traços de personalidade, escrúpulo, pudor, falta de confiança em si próprio, que estão em contradição com a atividade sexual infantil a que o indivíduo se tinha inicialmente entregado durante um primeiro período chamado de imoralidade infantil.

Uma defesa bem-sucedida, na medida em que os elementos em jogo no conflito, tanto a representação sexual quanto a recriminação por ela suscitada, são globalmente excluídos da consciência, em proveito de virtudes morais levadas ao extremo; poderia ser citado como exemplo o de uma mulher histérica que trata com ternura excessiva os filhos, que no fundo odeia, nem por isso se torna mais afetiva do que outras mulheres, nem sequer mais terna para com outras crianças (FREUD, 1976).

A Projeção baseia-se no fato de que é mais fácil tolerar afeto negativo nos outros do que no próprio eu. É o caso de uma pessoa que, odiando as outras e lhe sendo inaceitável ser portadora de tal agressividade, imagina que a odiada e perseguida é ela mesma, e não o que realmente é. Freud (1976) utilizou a projeção para explicar diferentes manifestações da psicologia normal e também patológica. A projeção encontra o seu princípio mais geral na concepção freudiana da pulsão.

Na ótica freudiana, o organismo está submetido a duas espécies de excitações geradoras de tensão: aquelas a que se pode fugir e de que se pode proteger, e aquelas de que não se pode fugir e contra as quais não existe inicialmente aparelho protetor. É esse o primeiro critério do interior e do exterior. A projeção aparece então como o meio de defesa originário contra as excitações internas, cuja intensidade as torna demasiadamente desagradável. O indivíduo projeta-se para o exterior, o que lhe permite fugir e proteger-se delas.

A Fixação significa permanecer num estágio primitivo de desenvolvimento. Freud caracterizou as suas primeiras concepções etiológicas como fazendo intervir essencialmente a idéia de uma fixação no trauma.

Com os três ensaios da teoria da sexualidade, a fixação é ligada à teoria da libido e define-se pela persistência, particularmente manifesta nas perversões, de

características anacrônicas da sexualidade: o indivíduo exerce certos tipos de atividade, ou então, permanece ligado a algumas características do objeto, cuja origem pode se encontrar em determinados momentos da vida sexual infantil. Se o papel do trauma não for negado, ele intervém aqui sobre o fundo de uma sucessão de experiências sexuais, vindo a favorecer a fixação num ponto determinado. Com o desenvolvimento da teoria da libido, especialmente das fases pré-genitais, a noção de fixação assume nova extensão: pode não incidir apenas sobre um alvo ou um objeto libidinal parcial, mais ainda sobre toda a estrutura da atividade característica de uma determinada fase.

Em seu livro *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1976, v. XVIII), refere-se novamente à noção de fixação no trauma como um dos fatos que não se explicam completamente pela persistência de um modo de satisfação libidinal, e que o obrigam a postular a existência de uma compulsão à repetição. Ainda segundo Freud, a fixação está na origem do recalçamento, e pode mesmo ser considerada como o primeiro momento do recalçamento tomado em sentido lato: a corrente libidinal que sofreu uma fixação se comporta para com as formações psíquicas ulteriores como uma corrente pertencente ao sistema do inconsciente, como uma corrente recalçada. Este recalçamento primitivo condiciona o recalçamento em sentido estrito, que só é possível pela ação conjunta sobre os elementos a recalcar de uma repulsão por parte de uma instância superior e de uma atração por parte do que previamente tinha sido fixado. Por outro lado, a fixação prepara as posições sobre o que vai operar-se a regressão.

As condições de fixação são, para Freud, de duas espécies: provocadas por diversos fatores históricos, influências familiares, traumas, ou provocadas por fatores



constitucionais, determinado componente pulsional parcial que pode ter uma força maior do que outra, mas também pode existir em certos indivíduos uma viscosidade geral da libido que os predispõem a defenderem cada posição libidinal logo que atingida, por angústia de perderem ao abandoná-la e por temor de não encontrarem na posição seguinte um substituto plenamente satisfatório.

A regressão é um mecanismo de defesa que supõe voltar a um estágio primitivo do desenvolvimento. É uma noção muito utilizada em psicanálise. Em *A Interpretação do Sonho*, Freud (1976) introduz a noção de regressão. Os pensamentos do sonho apresentam-se principalmente sob a forma de imagens sensoriais que se impõem ao indivíduo de forma quase alucinatória. Para Freud, a explicação desta característica exige uma concepção tópica do aparelho psíquico como sendo formado por uma sucessão orientada de sistemas. No estado de vigília, estes são percorridos pelas excitações num sentido progressivo, da percepção para a motilidade; no estado do sono, os pensamentos, aos quais é recusado o acesso à motilidade, regressão ao sistema percepção. É no sentido tópico que a regressão é introduzida por Freud. No entanto, logo após é levado a diferenciar o conceito de regressão: tópica, no sentido do aparelho psíquico; temporal, em que são retomadas formações psíquicas mais antigas; formal, quando os modos de expressão e de figurações habituais são substituídos por modos primitivos.

Em relação ao deslocamento Freud (1976) explica como o ato de deslocar o sentimento ou a ação para outro objeto que não o original, ou seja, se o indivíduo tem como causador da frustração o pai, como objeto original, ele tende a reprimir e manifestar agressividade em relação a outros objetos como o tio ou o professor.

Freud (1976) insistiu muitas vezes no fato de que o passado infantil, permanece sempre em nós, e os estados primitivos podem ser reinstalados. O psíquico primitivo é, no seu pleno sentido, imperecível. Reencontra essa idéia de uma volta para trás nos domínios mais diversos, em psicopatologia, sonhos, histórias da civilização, biologia. O reaparecimento do passado no presente é marcado pela noção de compulsão à repetição.

A sublimação é o mecanismo que canaliza um impulso instintivo para uma finalidade construtiva e socialmente aceita. Freud, ao longo de sua obra, recorre à noção de sublimação, para tentar explicar, de um ponto de vista econômico e dinâmico, certos tipos de atividades alimentadas por um desejo que não visa, de forma manifesta, um alvo sexual, como por exemplo: a criação artística, a investigação intelectual e, em geral, atividades a que uma determinada sociedade confere grande valor. É em uma transformação das pulsões sexuais que Freud procura a causa última deste comportamento, ou seja, a pulsão sexual põe à disposição do trabalho cultural quantidades de forças extraordinariamente grandes, e isto graças à particularidade, especialmente acentuada nela, de poder deslocar o seu alvo sem perder a sua intensidade. A essa capacidade Freud denomina sublimação.

Muitos outros processos defensivos têm sido descritos pelos contemporâneos de Freud, tais como: Anna Freud (1920), Melanie Klein (1860) e outros. No entanto, nos propusemos aqui a uma simples explanação de alguns desses mecanismos, que consideramos significativos para o presente estudo, por que embora a psicologia do desenvolvimento se apresente como um campo de estudos e práticas cada vez mais amplo e importante no contexto atual. Acreditando que, fugindo de uma concepção pautada apenas em questões relativas à aprendizagem ou à

maturação, compartilhamos do entendimento, cada vez mais difundido, da característica eminentemente social desse desenvolvimento, em um processo que transcorre durante todo o ciclo vital. Nesse sentido, falar de desenvolvimento não significa falar apenas do amadurecimento mas, sim, da complexidade que envolve as relações humanas, onde todos estão em um processo infindável de negociações entre o simbólico e o processo social da educação. Daí falarmos também da abordagem sociocultural do desenvolvimento humano.

## 2.5 O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

Este é um dos aspectos mais importantes da teoria psicanalítica. Freud (1976) enfatiza uma seqüência de estágios no desenvolvimento. Ele fala, basicamente, em dois processos maturacionais: o desenvolvimento psicosssexual, em que a fonte de gratificação libidinal muda da boca para o ânus e para os órgãos genitais, e a maturação do ego, no qual o ego se diferencia da personalidade global do recém-nascido, havendo um aumento no princípio de realidade e de processos secundários, como a aparição dos mecanismos de defesa e de uma compreensão maior, nas relações interpessoais. O desenvolvimento do ego representa a maturação cognitiva, enquanto que o desenvolvimento psicosssexual representa a maturação afetiva. Freud também leva em consideração as circunstâncias específicas do ambiente, que podem influir sobre o curso do desenvolvimento.

Segundo Freud, o desenvolvimento da personalidade é subsidiário ao desenvolvimento do instinto sexual, e é paralelo à passagem pelos estágios de desenvolvimento sexual.

Acreditamos que a aprendizagem é função de tudo o que um indivíduo faz. Sua ação, entretanto, está condicionada pelo entorno; pelo meio físico e pelo meio social. A criança constrói a noção de objeto e, aos poucos, descobre que há outros com quem tem que dividir os objetos. Quando a presença do outro significa a presença da compreensão, da tolerância, do amor, o processo de conhecimento, de aprendizagem, de descentração tem possibilidades de dar certo. Numa palavra, o desenvolvimento humano acontece por um longo processo de descentração que consiste em reconhecer, progressivamente, que assim como tenho direito a objetos, a espaço, a tempo, a receber boas influências, os outros também têm direito aos mesmos objetos, ao mesmo espaço, ao mesmo tempo e a receber as mesmas boas influências.

A construção dessas noções, no entanto leva anos para ser efetivada. Nos dois primeiros anos a criança as constrói pelo jogo de exercício. A partir dos dois anos, pelo jogo simbólico. Ela traduz, simbolicamente, o jogo de exercícios. A partir, aproximadamente, dos sete anos, pelo jogo de regras. Ela “traduz”, em operações concretas e depois formais, os jogos de exercício e simbólico. Na adolescência e na vida adulta continua-se a exercitar esses jogos, com predominância ora de um ora de outro e não mais só no brinquedo, mas no jogo, no trabalho.

## 2.6 OS ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DO HOMEM

Conforme foram descritos na obra freudiana, os estágios de desenvolvimento do homem são: oral, anal, fálico, de latência e genital.

Inicialmente temos o estágio oral, pois nos primeiros tempos de vida a libido concentra-se na região oral, que abrange a boca e zonas imediatamente

circunjacentes. A redução da tensão originada pela fome é reduzida através da amamentação e provoca sensação de prazer, de natureza sexual. A esse período Freud chamou de narcisismo primário, pois não há ainda relações com objetos externos, tudo consistindo na redução de uma necessidade do organismo. Dessa forma, a primeira maneira de conhecer o mundo é a incorporação. Freud dividiu o estágio oral em dois subestágios. Ele denominou o primeiro de estágio oral passivo, que consiste no fato da criança simplesmente receber o que lhe é dado, incorporado. Ocorrendo uma fixação extrema nesse subestágio, o indivíduo pode ser levado a uma atitude extrema de dependência na vida adulta. O segundo subestágio foi denominado de oral agressivo, pois essa época coincide com o início de sentimentos de agressividade, ódio, rivalidade, sadismo.

Durante a fase oral predominam os processos primários (FREUD, 1976) e, na ausência do objeto necessário para a redução da tensão, a criança usa a alucinação como meio de satisfação; ou seja, se tem fome e não é alimentada imediatamente, alucina ou fantasia que o leite está presente. Evidentemente, a satisfação obtida através da fantasia não pode durar muito tempo, e nesse contato com a realidade que é frustradora começam a se desenvolver os processos secundários do ego, tais como tolerância para com a demora da gratificação das necessidades.

O segundo estágio de desenvolvimento foi chamado por Freud (1976) de estágio anal. Esse estágio coincide com a época do treinamento dos hábitos higiênicos, e a libido é focalizada na área ou região anal. A criança experimenta satisfação em expulsar ou reter as fezes. Freud dividiu esse segundo estágio em dois subestágios anal impulsivo e anal retentivo. Havendo fixação no subestágio da fase anal expulsiva, o indivíduo é levado a manifestar agressividade, enquanto que

fixação no subestágio anal retentiva, leva a traços de personalidade tais como obsessividade com limpeza, arrumação e avareza.

O terceiro estágio de desenvolvimento é o estágio fálico, quando a libido se focaliza nos órgãos genitais. É nesse estágio que Freud situa o conflito edipiano. Segundo ele, a criança ama o genitor de sexo oposto, sente que isso é proibido e, conseqüentemente, experimenta sentimentos de ameaça, manifestados no menino por ansiedade de castração, isto é, medo de que seu pênis seja decepado. A menina, por sua vez, experimenta a inveja do pênis. Para resolver o conflito, aliviar a ansiedade, a criança identifica-se com o genitor do mesmo sexo, introjetando ou incorporando as suas características, incluindo o papel masculino e feminino e os valores morais da sociedade. A fixação nessa fase é considerada como a causa da maior parte das neuroses.

A noção da fase fálica aparece nos estudos de Freud em 1923, sob o título *A Organização Genital Infantil* (FREUD, 1976, v. XVIII).

No quarto estágio de desenvolvimento, a que Freud denominou de estágio de latência, tendo o indivíduo resolvido o conflito edipiano e estabelecido à identificação com o genitor do mesmo sexo, sobrevém uma fase de calma para o instinto sexual. Nesta época, que coincide com o período de alfabetização e os primeiros anos escolares, o ego está livre para se concentrar em atividades intelectuais. Na verdade, Freud fala em período de latência, que deve ser entendido da seguinte forma: durante esse período, não há a rigor uma nova organização da sexualidade. Podemos, ainda, entender a idéia de um período de latência sexual do ponto de vista estritamente biológico, como um intervalo predeterminado entre duas pressões da libido, que não precisaria, quanto à sua gênese, de qualquer explicação

psicológica. Tal como aparece na teoria de Freud intitulada *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (FREUD, 1976, v. XVIII).

Finalmente, o quinto e último estágio de desenvolvimento, que Freud denominou de estágio genital. A evolução da corrente sensual, descrita por Freud em *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade*, em 1905 cita que esse período resulta na organização genital. Com a puberdade “é dado um novo alvo sexual, em cuja realização todas as pulsões parciais cooperam, enquanto as zonas erógenas se subordinam ao primado da zona genital. A pulsão põe-se agora ao serviço da função de reprodução” (1976, v. XVIII, p.108-109). Nesta época, em que há modificações hormonais que provocam a maturidade sexual, há um reviver do instinto sexual e dos conflitos anteriores. A libido focaliza-se não mais no próprio corpo, como nas fases oral e anal, nem em objetos incestuosos, como na fase fálica, mas em objetos heterossexuais e não-incestuosos. Atinge então o indivíduo, nesse período, a maturidade genital, no caso do desenvolvimento normal.

Segundo Freud, a fixação em qualquer dos estágios leva o indivíduo a comportamentos ou traços de personalidade anormais. A noção de fixação encontra-se na teoria psicanalítica para traduzir um dado manifesto da experiência: o neurótico, ou mais geralmente todo indivíduo humano, está marcado por experiências infantis, mantém-se ligado, de forma mais ou menos disfarçada, a modos de satisfação, a tipos arcaicos de objetos ou de relação. O tratamento psicanalítico confirma a influência e a repetição das experiências passadas, tal como a resistência do indivíduo a libertar-se delas. O conceito de fixação não contém uma explicação em si mesmo, e por isso foi utilizado por Freud nos diferentes momentos de evolução de sua teoria acerca do que, na história do indivíduo, existe na origem da neurose.

Como vimos neste capítulo, à ordem simbólica consiste na capacidade humana para dar sentido às coisas, ou seja, atribuir significações, das quais nos relacionamos no dia-a-dia, e cada um de nós, utiliza de valores introjetados e às vezes distorcidos, expressos no percurso do desenvolvimento da personalidade humana, enfatizadas nas relações educativas, no caso deste estudo, em uma instituição hospitalar no Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, no processo interativo entre a equipe de saúde e as puérperas. Propomos que as Representações Sociais, assunto abordado no próximo capítulo, possam dar conta dos valores expressos nessa relação, constituindo referenciais significativos para análise dos dados.



## **CAPÍTULO III**

### **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O termo *representações sociais*, de acordo com o pensamento de Sá (1996), tanto pode designar um conjunto de fenômenos quanto o próprio conceito que engloba e, ainda, a teoria que foi elaborada para explicá-los. Este conjunto identifica um vasto campo de estudos psicossociológicos. A teoria das representações sociais foi inaugurada no início da década de 60, por Serge Moscovici, com a obra *La Psychanalyse, son image et son public*, na qual abordava, a partir de pesquisas realizadas nos anos 50, questões relativas à construção e atribuição de sentidos à -psicanálise, por diversos grupos da população parisiense e o papel da imprensa na divulgação de conceitos e pressupostos desta teoria.

Logo após sua introdução, a noção das representações veio a ser o pivô de grande e rica discussão entre psicólogos e psicólogos sociais europeus, muitas

delas pautadas pelo confronto entre as proposições de Moscovici (1978) e os modelos de ciência ainda dominantes à época.

Numa primeira abordagem, pode parecer que a teoria das representações sociais é de difícil conceituação. Spink (1995) refere-se, por exemplo, às críticas surgidas no amplo debate gerado com o aparecimento da teoria. A argumentação de Moscovici (1978, p.41), no entanto, admite tal característica ao enfatizar que “*a realidade das representações sociais é de fácil apreensão, embora não possamos falar o mesmo a respeito de sua conceituação*”.

De acordo com a interpretação de seu próprio criador, podemos entender por representações sociais conceitos, proposições e explicações que se originam no dia-a-dia, dentro do âmbito das comunicações e trocas interpessoais (Moscovici, 1978),. Em seu conjunto, constituem o que comumente se denomina como saber do senso comum. Mais precisamente, “*as representações sociais são entidades quase tangíveis.. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam, incessantemente, através de uma fala, um encontro, em nosso universo cotidiano*” (MOSCOVICI, 1978, p. 41).

Na criação do constructo ‘representações sociais’, Moscovici foi buscar inspiração na dimensão coletiva proposta por Durkheim, ao lançar a terminologia ‘representações coletivas’. Segundo Spink (1995 p.21):

[...] tratava-se do conceito de representações coletivas pelo qual Durkheim procurava dar conta de fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo [...] em termos de conhecimentos inerentes à sociedade.

No entanto, Moscovici nos diz que, nas sociedades contemporâneas, novos fenômenos de caráter representacional, diversos em sua origem e âmbito, estariam a se impor ao exame dos estudiosos. Na ótica moscoviciano, o conceito de representações coletivas ̄ propostas por Durkheim referiam-se a fenômenos próprios das sociedades primitivas, mais estáticas e com formas diversas de interações e trocas, e, portanto, não tendo “*...a plasticidade, mobilidade e circulação das representações contemporâneas emergentes*” (SPINK, 1995, p. 23).

Ao buscar o abrigo conceitual na teoria de Durkheim, Moscovici, primeiramente, visou fundamentar suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana. Desde seu surgimento, portanto, a teoria das representações sociais se constituiu numa importante e veemente crítica à tendência individualizante da maior parte das pesquisas em psicologia social, na América do Norte.

Usando a expressão “sociedade dos pensadores amadores”, Moscovici (1978) nos mostra que toda ordem do conhecimento humano irá pressupor uma certa prática e uma atmosfera que lhe são próprias e lhe dão corpo. Torna-se relevante, também, no caso, o papel particular do indivíduo conhecedor. De acordo com (MOSCOVICI, 1978, p. 51): *[...] quando se trata de exercer o seu ofício na arte, na técnica ou na ciência, ou quando se trata da formação de representações sociais, cada um de nós irá preencher, de maneira um tanto diferente, porque pessoal, esse respectivo papel.*

Na construção de representações sociais de um dado objeto, cada um de nós parte das informações de diferentes ordens a que têm acesso, das experiências, dos testemunhos que circulam sobre o mesmo e se acumulam. *“O lançamento de um satélite, o anúncio de uma descoberta médica, o discurso de um personagem importante, uma experiência vivida e contada por um amigo, um livro lido, etc.”* (MOSCOVICI, 1978, p. 51), ao se tornarem objetos de experiência e de comunicação, tornam-se ‘objeto de representação’.

Estas informações e experiências que circulam não são neutras ou iguais, mas filtradas por interesses e valores de diferentes ordens. Continuamente, jornalistas, técnicos, cientistas, homens da política, tanto quanto homens comuns na rotina cotidiana de suas vidas e lembranças, nos passam informações, decisões, experiências, estratégias, invenções. *“Suas observações interferem em nossas próprias observações e suas linguagens ou suas noções [...] fixam a nossa atenção e dirigem as nossas interrogações”* (MOSCOVICI, 1978, p.52).

Uma frase que seja; talvez um enigma ou uma teoria, captados no ar, aguçam a curiosidade e prendem a atenção. *“Fragmentos de diálogo, leituras descontínuas,*

expressões ouvidas algures retornam ao espírito dos interlocutores, misturam-se às suas expressões” idem, fazendo brotar as recordações e experiências.

Assim, ávido por transmitir o seu saber, para conservar um lugar no círculo da atenção, “cada um documenta-se aqui e ali, para continuar no páreo” (MOSCOVICI, 1978, p.53). A finalidade, basicamente, não é a de ampliar o próprio conhecimento.

O importante, segundo o autor,

[...] é estar ao corrente, não ser ignorante nem ficar fora do circuito coletivo. Desse trabalho mil vezes começado, repetido e deslocado de um ponto para outro da esfera, os acontecimentos e as surpresas que captam a atenção dão origem às nossas representações sociais. O espírito que aí está em ação transforma os membros da sociedade em uma espécie de sábios amadores.(idem,p.55)

A psicologia social, “pensando as representações como uma forma de conhecimento prático, busca entender seu papel na instituição de uma realidade consensual” (SPINK, 1995, p. 86). Distintamente do conhecimento dito científico, que se submete a um sistema específico de regras, “o conhecimento do senso comum não tem que se pautar pela lógica e coerência interna” (idem). Pauta-se por regras e normas que se enraízam na pluralidade de culturas e, particularmente, na cultura que marca um dado grupo de indivíduos, em suas relações e história.

Assim, as representações sociais, enquanto fenômenos psicossociais, encontram seu espaço. Segundo Jovchelovitch (1995, p. 56):

[...] estão necessariamente radicadas no espaço público e nos processos através dos quais o ser humano desenvolve uma identidade, cria símbolos e se abre para a diversidade de um mundo de outros. (...) A esfera pública, enquanto lugar de alteridade, fornece às representações sociais o terreno sobre o qual elas podem ser cultivadas e se estabelecer.

O campo de estudos inaugurado por Moscovici, em 1961, com a Teoria das Representações Sociais está completando pouco mais de 40 anos. Nos primeiros dez anos a teoria permaneceu praticamente ignorada. Na década seguinte, foram surgindo pesquisas sobre os mais diversos objetos de representação. Nos últimos anos, o campo experimentou uma intensificação ainda maior, apresentando um refinamento em termos teórico-conceituais e, também, significativo aperfeiçoamento metodológico. O mais importante é que “o campo das Representações Sociais,

passando pelo teste da crítica, [...] tem-se mostrado cada vez mais produtivo” (SPINK, 1995, p. 42).

No momento atual a teoria desenvolve-se em duas vertentes principais: a primeira, que segue a perspectiva proposta por Moscovici (1978,1988) e complementada pelas contribuições de Jodelet (1989,1998) chama-se, comumente, abordagem processual; esta vertente enfatiza o estudo dos processos de produção das representações e visa aprofundar a análise da geração de uma representação, pela consideração dos denominados de objetivações e de ancoragem. A abordagem processual propõe que sejam investigadas as condições e interações que determinam a posição discursiva do sujeito, ao mesmo tempo em que define a importância de que se faça um recuo ao passado, numa espécie de ‘arqueologia da ancoragem’ (BANCHS, apud ALVES-MAZZOTTI, 2005) e um avanço ao futuro, com o conceito de núcleo figurativo. As representações são, nesta abordagem, consideradas como uma visão funcional do mundo que oportuniza ao sujeito dar sentido à sua ação e compreender a realidade por meio de seu próprio sistema de referências que lhe permitem definir seus espaços e lugares sociais e simbólicos. Uma representação constitui-se assim, ao mesmo tempo, o produto e o processo de uma atividade mental, no qual um grupo ou indivíduo reconstrói o real e lhe atribui um sentido específico.

A outra abordagem, chamada de estrutural, foi proposta por Abric (1994) e complementada por Flament, Moliner, Guimelli, dentre outros. Em suas proposições, Abric destaca a importância da consideração da estrutura e da organização das representações sociais de um dado objeto, sublinhando as noções do núcleo central e de esquemas periféricos. Flament (1989) propõe que a investigação na ótica da abordagem estrutural seja articulada em três etapas: a) levantamento do conteúdo

das representações, por meio de entrevistas, complementadas com técnicas de associações de idéias; b) tratamento deste material de modo a obter a possível estrutura e o provável núcleo central da representação do objeto, identificando as relações e a hierarquia entre os elementos encontrados; c) verificação da centralidade dos termos que compõem o núcleo central.

Em sua pesquisas, Abric (1995) reconhece o trabalho de Moscovici ao enfatizar que sujeito e objeto formam um conjunto indissociável, ou seja, um objeto só existe na relação com um sujeito que dele se apropria. É nesta interação que se define o objeto. Ao constituir sua representação de um objeto, o indivíduo integra-o a seu sistema cognitivo, adaptando-o aos seus valores, os quais, por sua vez, dependem da história e do contexto social e ideológico no qual está inserido.

A proposição básica de Abric (idem) é que toda representação está organizada em torno de um núcleo central que determina sua significação e sua organização interna. Para esse autor, o núcleo central desempenha três funções essenciais, uma função geradora, uma organizadora e uma estabilizadora. Destaca também, cinco funções do sistema periférico no funcionamento e dinâmica das representações: a) concretização do núcleo central; b) regulação; c) prescrição do comportamento; d) proteção do núcleo central; e) modulações individualizadas. As funções contribuem para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. Abric (idem) comenta que a dimensão quantitativa não é determinante de centralidade de um elemento; “há que considerar sua dimensão qualitativa, ou seja, se este elemento é ou não aquele que dá sentido à representação” (ALVES-MAZZOTTI, 2002, p.20)

Assim, considerando o universo simbólico no qual se define o objeto desta dissertação, a teoria das representações sociais se tornou relevante, principalmente pelo papel de destaque que a teoria de Moscovici, segundo palavras do próprio autor, “confere à racionalidade da crença coletiva e sua significação, portanto, às

ideologias, aos saberes populares e ao senso comum” (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 11).

Numa perspectiva multidisciplinar, vale lembrar que a noção de Representação Social é reconhecida e trabalhada em diversas áreas do conhecimento, embora seja abordada de formas diferentes.

Enfocadas enquanto processo, as Representações emergem como pensamento constituinte e núcleos estruturais. As pesquisas nesse âmbito têm se voltado para a compreensão do funcionamento e eficácia das representações na interação social.

Nos últimos dez anos, também na área de Educação, os pesquisadores, vêm buscando pela adoção da teoria das Representações Sociais como instrumento analítico uma nova ordem de aproximação das questões do cotidiano escolar e social. Alves-Mazzotti (2001) enfatiza que o estudo das Representações Sociais de objetos relevantes para o campo da Educação, oferece um rico instrumental para a compreensão das redes de significados presentes nos processos educacionais. Segundo Jodelet (1989, p.36), as Representações Sociais organizam-se como um saber prático, um sistema de interpretação do mundo e das relações com os outros no cotidiano.

Para Madeira (1998, p.240), os estudos em Representações Sociais na área de educação manifestam o esforço de apreender os problemas deste campo no processo de definição de indivíduos e grupos.

Assim, vai se construindo o sentido do gesto e da conduta com o qual a pessoa vai se desenvolvendo e expressando e ao mesmo tempo, que deixa entrever suas condições. Segundo Madeira (1998, p.240-241)

[...] tal característica nos torna, a todos, a um tempo, aprendizes e ensinantes pois; frente ao outro, reciprocamente, passamos e recebemos o que somos, as representações que temos sem que disto nos apercebamos com clareza.

A importância de estudos no campo das Representações Sociais (RS) relacionados à prática de saúde e no processo educativo estão, intimamente ligados

à possibilidade de apreensão dos mecanismos pelos quais os sentidos do objeto em estudo são construídos pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas.

A equipe de saúde, incluindo aqui, médicos, psicólogo, enfermeiros e auxiliares, como interlocutores deste processo, trocam informações e saberes, dialogam, com os que o procuram considerando os diferentes contextos e dimensões, envolvidos principalmente a dimensão educativa. Nesta perspectiva, as características sociais e culturais dos sujeitos precisam ser conhecidas já que as representações de um determinado objeto não se constroem no vazio, mas nas relações pelas quais os indivíduos se formam e interagem. Madeira (1998) reforça esta posição quando afirma que a Teoria das Representações Sociais revela todo o seu potencial para uma compreensão pertinente e efetiva das relações focalizadas neste estudo.



## CAPITULO IV

### **SER MÃE : REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

No presente capítulo procura-se apresentar as representações sociais da puérpera e da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, instituição do Ministério da Saúde localizada na Cidade do Rio de Janeiro.

Passados quarenta anos desde a constatação da importância das Representações Sociais em Psicologia Social, a produção teórica-empírica neste campo surpreende pela fertilidade de produção e pela diversidade de objetivos de pesquisa e de procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados. (MOSCOVICI 1978).

Segundo Moscovici (1961, 1978), a teoria das Representações Sociais procura dar conta de um fenômeno, sobretudo urbano, em que o homem manifesta sua capacidade inventiva para assenhorar-se do mundo por meio de conceitos, afirmações e explicações, originadas no dia-a-dia, durante interações sociais, a

respeito de qualquer objeto social ou natural, para torná-lo familiar e garantir comunicação no interior do grupo e também interagir com outras pessoas e grupos.

É válido ratificar as contribuições de Jodelet (2001) que são relevantes para o presente estudo relativo às atividades da Equipe de Saúde e suas relações com as puérperas.

No Brasil, de complexas e múltiplas realidades socioculturais, o estudo das representações sociais permite à Psicologia Social uma rica aproximação com diversos grupos, por vezes até à margem da sociedade, e que nunca são escutados.

A pesquisa procurou ouvir um grupo de pessoas que se encontrava em um momento vital de desenvolvimento e transformações: as puérperas e a equipe de saúde que lhes dá atendimento durante esse processo, focalizando-se aqui a relação educativa emergentes nas situações observadas.

#### 4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PUÉRPERAS

Na busca das representações sociais das seis puérperas que se encontravam no serviço de maternidade do Hospital Geral do Andaraí, foram consideradas as seguintes categorias, definidas com base no referencial teórico: mãe, filho, pai, amamentação e família. Essas categorias analíticas se desdobraram em diversos elementos de significação, considerando a dimensão educativa que pode ser constituída no decorrer das atividades desenvolvidas nos alojamentos conjuntos.

A fim de manter o sigilo quanto à identificação das participantes do estudo, adotou-se como código a letra P, numerada de 1 a 6, a saber: Puérpera 1 (P1), Puérpera 2 (P2), (...), Puérpera 6 (P6).

### 4.1.1 Mãe

As representações sociais das puérperas protagonistas do nosso estudo em relação à palavra mãe se evidenciaram através de diferentes elementos estruturantes que emergiram de suas falas durante as entrevistas, tais como: totalidade; busca de satisfação do ego ideal; conflito interior; crise; reedição de papéis.

#### 4.1.1.1 Totalidade do ser

Alguns autores, ao longo da história, relacionam a maternidade à mulher como vocação: “sua única vocação verdadeira é a maternidade” (BADINTER, 1993, p.18). A Constituição Federal do Brasil, de 1988, enfatiza também ser a maternidade uma vocação específica da mulher: “sem esta seria impossível à existência da sociedade humana” (BRASIL, 1988, p.142). As mulheres atribuem ao ser mãe uma realização, a plenitude do ser. Através de suas falas, podemos observar que o fato de ser mãe reside na noção de totalidade do ser e, segundo Badinter, (1985), a acentuação de certos termos nos revela isso:

*Ser mãe é tudo para mim, é amor, é compreensão, é carinho, paciência. (P2)*

*Ser mãe é tudo (P3)*

*Ser mãe é querer mostrar para os outros que a gente é mais.(P4)*

A vontade do poder, o desejo de fusão e a agressividade são algumas das características do homem e condição de sua sobrevivência em sociedade. Em consequência do desenvolvimento do nosso cérebro, por um lado, e, por outro, a

predominância do psíquico sobre o biológico, em que se fundamenta o comportamento humano, essa necessidade de poder é tão importante para a mulher quanto para o homem, mas as mulheres evidenciam essa tendência a querer inconscientemente o poder. E, normalmente, é no ser mãe que se revela esse poder. Embora alguns psicanalistas, como Badinter e Maldonado, falem do aspecto totalitário do amor materno, Freud (1976) não o cita diretamente em seus estudos. Em verdade, ele confessou o seu desconhecimento fundamental da mulher, segundo ele “continente negro”. No entanto, se buscarmos uma relação com o complexo de castração descrita por ele em 1908, na análise do pequeno Hans, poderemos observar, que as estruturas e os efeitos do complexo de castração são diferentes no homem e na mulher, e esse desejo de reparação pode surgir durante o período de maternidade, em que a ausência do pênis é substituída pela criança que é gestada, que lhe dá o sentido de plenitude.

#### 4.1.1.2 Busca da satisfação

De acordo com Halini (apud SERRURIER,1993,p.19) Ser uma boa mãe é um ideal, mas também um imperativo. Só existe a mãe boa, até mesmo filhos abandonados querem acreditar que suas mães foram boas, mesmo que sejam inventadas. O importante é que elas se tornem o ideal.

“Imagem única, que nenhuma decepção consegue macular, a mãe mora no fundo de cada coração, profundamente escondida, tratada com ciúmes, e triste daquele que tente desalojar”.

Nas falas seguintes as puérperas ratificam essa idealização. Vejamos:

*Ser mãe é coisa boa, coisa interessante” (P1)*

*Ser mãe é maravilhoso.*(P5)

Em 1914, Freud descreve em *Para Introdução do Narcisismo* a expressão ideal do ego para designar uma formação intrapsíquica autônoma que serve de referência ao ego para apreciar as suas realizações afetivas. Atribuindo a sua origem narcísica, segundo ele o que o homem projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância; pois nesse tempo o seu próprio ideal era ele mesmo.

Em *Psicologia Coletiva e Análise do Ego*, estudo escrito em 1921, Freud descreve a função do ideal de ego em primeiro plano e vê nele uma formação diferenciada do ego, que permite explicar a fascinação amorosa ou a submissão ao líder.

#### 4.1.1.3 Conflito interior

Fala-se em psicanálise de conflito quando no indivíduo se opõem exigências internas contrárias. O conflito pode ser entre um desejo e uma exigência moral entre dois sentimentos contraditórios. Na fronteira entre o desejo de estar grávida e o desejo de ser mãe surgem muitas variáveis e a evocação de memórias tais como: a vontade de repor-se, de refazer sua própria infância, ou o não-desejo de abrir mão de seu espaço. “Algumas mulheres querem ser mães para elas mesmas, antes de sê-lo para seus filhos” (SERRURIER, 1993). Vejamos:

*Ser mãe também enche o saco, é uma coisa boa mas também uma coisa ruim.* (P5)

*Ser mãe é como estar no paraíso, e de paraíso não acho nada.* (P1)

Desde as suas origens, a psicanálise encontrou o conflito psíquico e fez dele a noção central das teorias das neuroses. Freud o descreve em *Os Estudos sobre a Histeria*, escrito em 1895. Ao longo de toda a obra freudiana, o problema do fundamento do conflito recebeu soluções diferentes. Podemos explicar o conflito em dois níveis: ao nível tópico, como conflito entre sistemas ou instâncias, e ao nível econômico-dinâmico, como conflito entre pulsões. Serrurier (1993 p. 20) assim define o que ocorre entre a mãe e seu filho: “Uma mulher ama primeiro a si mesma em seu bebê. É por isso que seu amor não pode ser completamente desinteressado” .

Para Serrurier (1993) estamos mais do que nunca enfrentando o paradoxo fundamental: o sonho de toda célula é se tornar duas células; portanto, o sonho de todo humano é multiplicar-se .

#### 4.1.1.4 Reedição de papéis

Na elaboração teórica de Freud (1976), a repetição é considerada um fator autônomo, irredutível em última análise, há uma dinâmica conflitual onde não interviesse senão o funcionamento configurado do princípio de prazer e de realidade.

Serrurier (1993, p.19) mostra a reedição de papéis ao afirmar : “As mulheres querem ser mães para elas mesmas, bem antes de sê-lo para os filhos”. Segue-se o que as puérperas expressam em suas representações sobre o seu papel de mãe.

*A criança é um pedaço da gente. (P1)*

*A gente aprende a dar valor a nossa mãe, depois que a gente passa por tudo. A gente vai ver realmente o quanto é importante ser mãe. (P5)*

*Ser mãe é cuidar da criança como se estivesse cuidando do seu próprio corpo. (P2)*

A noção de reparação não é definida claramente na descrição de Freud, o que nos faz buscar respaldo nos escritos de Melanie Klein (1992), onde ela situa que o indivíduo procura reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor pelos seus fantasmas destruidores. Segundo ela, essa repetição, expressa pela reedição de papéis, estaria ligada à angústia e à culpabilidade depressiva, onde a reparação fantasmática do objeto materno externo e interno permitiria superar a posição depressiva, garantindo ao ego uma identificação estável com o objeto benéfico. Assim estas puérperas se vêem em seus papéis diante de seus bebês.

#### **4.1.2 Filho**

Ao tratarmos desta categoria, observamos a relação coerente entre as representações expressadas sobre o ser mãe. Conforme diz Badinter (1993) parece que culturalmente a mulher não rejeita o papel reservado a ela. As falas das mães nesta categoria mostram sua preocupação, sua responsabilidade e o afeto incondicional das relações mãe-filho. Seus sentimentos se evidenciam em suas representações. Assim pode-se antever o compromisso que assume diante do ser que gerou.

*Eu acho que é importante a gente ter filho – a gente se preocupa. Quando não se tem filho a gente não se preocupa com nada. (P2)*

*Filho? É coisa importante, muita responsabilidade. (P3)*

*Filho é parte da gente, vem de dentro, mesmo que case, vá embora, vá morar longe a gente não esquece. (P4)*

#### 4.1.2.1. Poder mágico

O poder mágico não é afetado mesmo que a conexão entre os dois objetos já tenha sido cumprida, ou mesmo que o contato tenha ocorrido apenas numa única ocasião de importância. Segundo Freud (1976, v. XIII, p.90), o poder mágico tende a servir o homem dos mais variados propósitos “e deve submeter os fenômenos naturais à vontade do homem, proteger o indivíduo de seus inimigos e de perigo”.

Assim as puérperas se referiram ao poder mágico de ser mãe:

*Filho... é difícil de explicar, é gostoso, é mágico. (P4)*

*Deus é que deu esse privilégio para a gente poder ter uma sementinha lá dentro e ter uma criança para a gente poder cuidar, amar. (P2)*

As representações ligadas ao poder mágico refletem o que definem como difícil de explicar, de misterioso, e até desconhecido, mas que lhes propicia um sentimento de poder diante do pequeno ser que tem em seus braços.

Há uma tendência no homem em atribuir ao poder mágico ações e emoções que para ele seriam de difícil explicação. Freud (1976, v. XIII, p.98) descreve três fases diferentes do pensamento do homem no intuito de explicar a evolução da maneira do homem visualizar o universo. Segundo ele, na fase animista os homens atribuem a impotência a si mesmos. Na fase religiosa, transferem-na para os deuses, mas eles próprios não desistem dela totalmente, porque se reservam o poder de influenciar os deuses através de uma variedade de maneiras, de acordo com seus desejos. Na fase que ele chama de visão científica do universo, os homens reconhecem a sua pequenez e submetem-se resignadamente à morte e às



outras necessidades da natureza. No entanto, deixa claro que um pouco de crença primitiva na impotência ainda sobrevive na fé dos homens no poder da mente humana, que entra em luta com as leis da realidade.

#### **4.1.3 Pai**

Nesta categoria observamos a dificuldade de nossas puérperas em identificar o que seria a paternidade e o que representa essa figura, aparentemente ausente, mas, talvez, internalizada como importante e/ou até mesmo representada de forma distorcida. Vejamos:

*Eu não tive muito assim esse negócio 'pai', porque explicar o meu pai fica difícil, porque é um pai que eu nunca tive. (P 4)*

*Minha mãe era meu pai.”(P1)*

*Pai é uma pessoa que tem que trabalhar, trazer o alimento, independente de como foi o serviço. (P2)*

P4 exprime com clareza que não teve pai, P1 representa sua mãe como seu pai. Já P2 coloca o pai como o provedor que cuida do sustento familiar, traz o alimento. Essas representações decorrem de experiências atuais, pela ausência do pai do bebê ou de outras anteriores, relativas ao fato de não terem conhecido seu pai, ou ainda pela relação do pai como o trabalhador que providencia a alimentação.

#### **4.1.4 Amamentação**

Aqui esta categoria aparece como totalidade, reforçando o posicionamento da mãe como geradora de vida e de condições “ideais”.

Tem se observado que as mulheres estão voltando a amamentar. E cada vez por mais tempo, driblando os atropelos da vida moderna. Caem mitos como o do

leite fraco ou os dos horários rígidos para as mamadas. Nada de regras imutáveis. Até quem interrompeu a amamentação e o leite secou, pode voltar atrás por uma técnica muito especial, que é a estimulação através da sucção do bebê, nos mamilos de forma intermitente, orientada sempre pela Equipe de saúde.

*É o leite que faz bem pra saúde, pra criança, evitar doenças. (P1)*

*Já estourou uma bolinha que tinha aqui no peito, já até sangrou, mas eu continuo dando até sangrando, porque é o alimento dele. (P2)*

Apesar de prazeroso e gratificante, o ato de amamentar tem seus momentos críticos, que podem angustiar as mães, fazendo-as desistirem de amamentar os seus filhos. Os medos e fantasias não esclarecidos são fatores primordiais para as mães desistirem e deixarem de aproveitar a fonte de prazer que pode ser o aleitamento.

*Não tive leite. (P4)*

*Quando é o primeiro filho dá uma sensação tão gostosa, mas quando vai pegando a prática, vai acostumando, dá nervoso. (P6)*

As representações trazem tanto as idealizações de prazer, quanto os momentos críticos, ligados à falta do leite ou a outras sensações nem sempre agradáveis.

#### **4.1.5 Família**

A família monoparental, luta com dificuldades. Como bem coloca Badinter (1993), a mulher que se vê só, diante da responsabilidade de criar os filhos, encontra muitos problemas. No entanto, mesmo que este não seja o caso, segundo

o senso comum a responsabilidade para a educação dos filhos sempre foi atribuída à mulher. Com a dupla jornada de trabalho, que viria a ser uma característica da vida da mulher moderna, isso passou a ser ainda mais complicado, uma vez que ela se vê obrigada a passar boa parte do dia fora de casa. Mesmo assim, a mulher não renuncia a essa responsabilidade.

*A família é esquecer os parentes, mãe dele, o pai dele, e eu a minha mãe, e viver entre nós. (P2)*

Nesta categoria aparece também a noção de totalidade, mas com uma outra perspectiva: a de reorganização de pessoas com envolvimento afetivo classificadas como familiares, que no entanto também se desentendem, em situações conflitivas e desgastantes. Vejamos:

*União, né? família pra mim é assim – tudo, união, amigos. E quando saí no pau? É quase todo dia. (P5)*

Essas representações refletem o contexto sociocultural das mulheres atendidas nos alojamentos conjuntos: famílias pobres, de mulheres sozinhas, em alguns casos sem o pai provedor, em outras, sem o apoio de suas famílias de origem, com necessidade de trabalhar o dia inteiro, para sobreviver, morando em ambientes com infra-estrutura precária, o que é evidenciado em suas falas.

#### 4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL GERAL DO ANDARAÍ

Na busca das representações sociais dos seis membros da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia que se encontravam no serviço em plantão, foram

consideradas as seguintes categorias definidas com base no referencial teórico: mãe, filho, pai, amamentação, família, educação e trabalho.

Essas categorias analíticas se desdobraram em diversos elementos de significação. A fim de manter o sigilo quanto à identificação dos participantes do estudo, adotou-se como código a letra E, numerada de 1 a 6, a saber: E1, E2, (...), E6.

#### 4.2.1 Mãe

Inicialmente as representações dos profissionais nesta categoria aparecem aqui também como totalidade. Parece que, se existe no mundo algo realmente pleno, a figura materna e tudo que lhe diz respeito é esse “algo”. São bem expressivas as falas da Equipe de Saúde abaixo transcritas:

*“Ser mãe – antigamente eu não achava importante. Agora eu acho que é... dar carinho, caminhar passo a passo com a criança, mudar a roupa, dar medicamento. Isto para mim é ser mãe. E, vamos dizer, ser mãe é a metade do mundo, porque tudo que tem no mundo você tem que passar para a criança. (E1)*

*Ser mãe é a metade do mundo, mas também a gente não pode conhecer o mundo todo. (E1)*

*Mãe significa tudo. A pessoa que gera, bota a pessoa no mundo. Para mim é a coisa mais importante no mundo – é a mãe (E2)*

*Mãe significa tudo, significa sangue (E3)*

Segundo Badinter (1993, p.18), embora alguns antifeministas tentem demonstrar a inferioridade antológica da mulher nas afirmações de que “na única vocação verdadeira, que é a maternidade, elas fazem do ser mãe um motivo de grande realização e também de reconhecimento”, na representação da equipe da

Maternidade do Hospital Geral do Andaraí observamos o valor implícito de totalidade.

Aparece também, na fala da equipe de saúde sobre esta categoria, uma outra ambivalência. Vejamos:

*Ser mãe é uma coisa boa. Toda mulher gosta de ser. Toda mulher fica feliz. Algumas não. (E6)*

*Tem umas que têm os filhos por ter. Ela não cuida com carinho, não consegue criar amigo dele ou dela. Ser mãe não é para qualquer mulher. É muito difícil criar um filho hoje em dia. (E5)*

O termo ambivalência (Freud, 1976), é muitas vezes utilizado em psicanálise com uma acepção vasta. Pode efetivamente servir para designar as ações e os sentimentos que resultam de um conflito defensivo em que entram em jogo motivações incompatíveis.

#### **4.2.2 Filho**

As falas dos profissionais entrevistados indicam em relação a esta categoria o compromisso do ser humano com o prolongamento da vida, a responsabilidade e zelo que deve ter nesse sentido, embora também se expressem às possibilidades de desvalorização ao alcançarem uma idade em que os cuidados maternos já se podem ser dispensados.

*Coisa importante, muita responsabilidade. A gente depende deles, eles dependem muito mais da gente. Não importa a idade, pode ser um nenenzinho, como ter 40 ou 60 anos, que é sempre filho. Vai procurar sempre a mãe. (E1)*

*Filho? A mãe, quando coloca no mundo, ela passa a amar o filho dela, gostar do filho dela. Mas quando o filho cresce não dá nenhum valor à mãe. (E3)*

*É o prolongamento da vida. (E6)*

As representações dos profissionais nessa categoria podem se relacionar à algumas questões explicitadas por Freud (1976), como por exemplo mecanismos de defesa como o de sublimação por parte da mãe e o de negação por parte do filho.

#### **4.2.3 Pai**

As palavras da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí evidenciam nesta categoria ênfase na figura do pai como reprodutor., e sua relevância para o filho homem, além de ser ressaltado por E4 o fato dos pais estarem juntos para criar o filho. Esperávamos mais abrangência nessa categoria, vindo respostas de profissionais com respaldo sócio-educacional mais elevado. Diante se transcreve as palavras da Equipe:

*E importante à criança ter pai... porque sem pai ela vai ficando agressiva...É muito difícil. O carinho dos dois, acho que é mais importante o pai para o menino homem. (E1)*

*Pai é importante também, mas quando os dois vivem juntos da criança. Quando não, quando ele não é de correr atrás, acho que pai não é importante, que ele não é importante para a vida dele. (E4)*

*Pai? Quem tem pai.? Sem pai não teria filho.(E3)*

De acordo com a colocação de Badinter (1993), ao homem cabe, o tempo todo, provar sua virilidade. O homem deve prover sua condição de macho perante a sociedade em que vive. A masculinidade depende de toda uma construção, elaborada pelo homem em seu dia-a-dia. Para provar sua masculinidade, o homem

é levado a pagar um alto preço. Ainda segundo Badinter (idem), dever, provas, provocações, essas palavras dizem que há uma tarefa real a cumprir para tornar-se homem. A virilidade não é dada de saída. Deve ser construída, digamos, fabricada. O homem é, portanto, uma espécie de artefato e, como tal, corre sempre o risco de apresentar defeitos. Defeito de fabricação, falha na maquinaria viril; enfim, um homem frustrado.

As hipóteses sobre o papel do pai do ponto de vista psicanalítico começaram com Freud a partir da concepção do complexo de Édipo em termos de um vínculo triangular. Através desse vínculo, é definida por Freud a importância da figura paterna no desenvolvimento da criança.

Durante mais de meio século, a partir dos achados de Freud sobre as neuroses em adultos e em crianças, tem-se enfatizado a importância da relação mãe-filho; no entanto, só nos últimos anos e muito timidamente, se começou a destacar a importância que tem a figura do pai desde os primeiros momentos de vida e também da concepção.

A psicanálise revelou que é fundamental para a vida da criança, que seu nascimento tenha sido desejado; sentir-se filho do pai é tão fundamental para o desenvolvimento quanto o próprio fato de sê-lo (pai).

#### **4.2.4 Amamentação**

A categoria da amamentação está intimamente relacionada ao trabalho da equipe entrevistada no alojamento conjunto do Serviço de Obstetrícia. Esta categoria é representada através de três sub categorias: a) fator imunológico, b) troca afetiva e c) aspectos pedagógicos. Vejamos nas falas a seguir:

*A criança cresce mais saudável. Fica forte, se pega resfriado se recupera mais rápido. (E3)*

*Amamentação, eu acho que é importante, assim até os seis meses da criança. (E2)*

*É o momento de troca, do olho no olho. Esse momento é único, às vezes algumas mães se recusam a receberem alimentação e eu insisto; por ser a oportunidade dela de consumir vitaminas, proteínas e sais minerais, fundamentais nesse processo de amamentação. (E1)*

O compromisso da amamentação estabelecido entre a mãe e o filho ratifica o vínculo afetivo. Neste sentido há uma relação forte com o sentimento de dependência do bebê em relação à mãe e às ações decorrentes dessa dependência, como sinalizam os participantes que se pronunciam favoravelmente ao valor desse compromisso da puérpera, conforme fala de E2. Além desses aspectos, destaca-se o fator imunológico, que diz respeito à importância do leite materno para a saúde do bebê e ao aspecto pedagógico refletindo a função básica da Equipe de Saúde referente ao estímulo necessário em certos casos nos quais as puérperas resistem às recomendações dos profissionais nos alojamentos conjuntos, de acordo com a fala de E1.

#### 4.2.4.1 Fator imunológico

Relacionado a esta categoria, verificamos através das fala da equipe a preocupação com o fator imunológico, capaz de propiciar maior resistência no desenvolvimento físico da criança, entre eles, além de, atualmente, ser considerado fundamental para a saúde do bebê nos primeiros meses de vida. Talvez, para eles, seja este o compromisso maior de uma equipe médica ao enfatizar o aspecto somático.



*A criança cresce mais saudável. Fica forte, se pega resfriado se recupera mais rápido. (E3)*

#### 4.2.4.2 Troca afetiva

Embora o fator imunológico apareça como o elemento mais marcante na amamentação, observamos também, ainda que de forma timidamente explícita, o momento crucial da “troca afetiva”, altamente significativa, do nosso ponto de vista, para o desenvolvimento positivo do ser humano. Leiam-se adiante as falas transcritas:

*É o momento de troca, do olho no olho. Esse momento é único. (E1)*

*É através desse contato da criança com o seio materno que o mundo se revela a pouca distância, entre o seio materno e o rosto da mãe...(E1)*

A maioria das trocas envolvendo intenções e objetos são ao mesmo tempo trocas afetivas. Cedo na vida, os afetos são tanto o meio primário como o assunto primário da comunicação mãe-bebê . Inúmeras pesquisas no campo da Psicologia do Desenvolvimento apontam que o compartilhar de estados afetivos surgem antes do compartilhar dos estados mentais que referenciam objetos fora da díade. Logo a interafetividade tem papel fundamental na intersubjetividade primária e merecem destaques nos estudos sobre a constituição dos símbolos nas experiências intersubjetivas iniciais.

A perspectiva psicanalítica destaca a concepção do símbolo como unidade psíquica que compõe a fantasia inconsciente, e assim, refere-se à função do símbolo na construção do mundo interno e no estabelecimento da relação com a realidade objetiva.

#### 4.2.4.3. Aspecto pedagógico

Através desta categoria evidenciamos nas falas, também, a preocupação com o aspecto pedagógico do ato de amamentar, que pode ser estimulado pela equipe de saúde, embora muitas vezes evidenciando a resistência da mãe em aceitar a orientação. As falas a seguir apontam para este aspecto. Vejamos:

*Eu acho que embora tenha muita propaganda sobre amamentação, não há o principal, que é o trabalho junto às mães. (E6)*

*Mas aí, como não houve um trabalho antes, elas vêm assim do tipo: 'Eu não tenho leite, eu não dou leite, eu não consigo.' E ficamos, às vezes, três dias fazendo aquele trabalho e muitas vezes elas não aceitam, saem daqui convictas de que não vão amamentar... (E5)*

*... amamentar forçado, bota no peito, o colostro custa a vir... a gente sabe que quando chegar em casa ela vai dar mamadeira. (E5)*

Nesse sentido observa-se a importância da Equipe de saúde ao estar junto às puérperas, buscando estimular o ato de amamentar, mostrando as relações que emergem entre mãe e filhos (as) nesse momento.

#### 4.2.5 Família

*A família para mim é muito importante, também porque na vida da gente, a gente vivendo bem com a família, tudo vai bem... (E2)*

*Família é a base de tudo... (E1)*

*É o princípio de tudo.(E3)*

*Quando o casal se une, e dessa união gera uma criança, denominamos família. (E1)*

*São três coisas essenciais: mãe, pai e filho. Sem uma dessas coisas não chegaria a nenhuma conclusão. (E1)*

Através das falas da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, pudemos observar o pilar fundamental da vida do homem, onde a família é a base de tudo, é o limite ideal para o desenvolvimento do ser humano, aonde valores consolidados são os alicerces para o crescimento de uma sociedade.

Alguma história de desagregação tem sua origem na família. As pessoas agem à partir dos referentes das relações primárias na sociedade de acordo com os valores adquiridos no convívio familiar, seu grupo de pertença.

Fundamentamos o conceito de família como a unidade social básica, onde a criança é preparada e adquire os valores que terá na vida. Logo a criança deve ser educada de forma que ao pensar em justiça, afeto e integridade ela se lembre de sua família. Evidenciam-se especialmente aqui as representações ligadas ao núcleo familiar da Equipe de Saúde, que podem constituir um aspecto significativo para as puérperas, durante o período em que se encontram nos alojamentos conjuntos.

#### **4.2.6 Educação**

essa categoria enfocar a dimensão educativa que se apresenta para a Equipe de saúde, mostrando o compromisso desse grupo durante o trabalho desenvolvido junto às puérperas:

*A formação profissional, é lógico que é importante, mas se você também não for educado, ela vai se perder. (E1)*

*Às vezes a pessoa é muito bom teórico, tem bom treinamento, mas se não foi educado para isso, não vai ter um desempenho tão bom e tão útil como poderia ser se fosse educado. (E3)*

*É muito abrangente essa parte da educação. Fazer aquilo que é necessário, mas sem muito envolvimento. Envolvimento que eu digo é afetivo ou de sensibilidade social. (E4)*

*Educação no trabalho é como você vai proceder. Não deixa de ser uma maneira de mostrar como você foi educado, como você trabalha. (E2)*

*Pode ser péssimo professor, não foi educado bem profissionalmente, mas pode lidar bem com as pessoas, e então se dar bem. (E5)*

Nesta categoria podemos observar, através das expressões da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, a dicotomia entre formação profissional e educação pessoal. Segundo Saviani (1994 p.151), a tendência dominante tem sido, através dos tempos, a de situar a educação no âmbito do não-trabalho. Daí, muitas vezes se falar no “caráter improdutivo da educação”. Ainda segundo Saviani, essa situação tendeu a se alterar a partir da década de 60, passando a educação a ser entendida como algo mais decisivo no desenvolvimento humano, pelo simples fato de existir. Por isso, realizamos uma estreita ligação do profissional como educador, entretanto, não ficou bem evidenciado na fala dos membros da equipe, como foi mencionado por E5.

#### **4.2.7 Trabalho**

Essa categoria é representativa para a Equipe de Saúde como de dificuldades, de incertezas, de frustrações e de responsabilidades no cotidiano de sua atividade profissional

*Se você procurar dentro do serviço, a dificuldade maior, eu acho que é do pessoal do que da instituição em si. (E3)*

*Eu converso muito. Um médico muito bom para a gente conversar é o que chegou na Clínica Geral. Fala cultissimamente, fala tão fácil, lê um livro por plantão. Livros de várias origens...(E1)*

*Então você vê essa paralisia do serviço público devido aos planos de saúde. Todo mundo que trabalha tem seu plano de saúde, o serviço está acabando. (E3)*

*Essa febre de produção, porque a tendência é essa...Só que todos que trabalham, depois da aposentadoria, perdem a possibilidade de manterem o plano de saúde. O cara vai ficar entregue às baratas... (E3)*

*Se você tem responsabilidade, não precisa ter sensibilidade.. é a palavra chave, você faz o que tem de fazer. (E2)*

As categorias sobre amamentação, educação e trabalho se mostram relacionadas, na fala dos membros da equipe entrevistada. Fica clara a dicotomia entre educação continuada nas suas colocações. Considerando a categoria trabalho, isto fica evidente nas palavras de E3, pois se trata de um problema ligado às pessoas, e não à instituição. Da mesma forma, a fala de E2 separa a atuação profissional responsável daquilo que é peculiar no ser humano, como a sensibilidade, o que seria próprio de seu desenvolvimento global, em que educação e trabalho se constituem numa unidade.

Talvez seja esse um dos fatores que mais aparecem como desestimuladores no trabalho realizado pela equipe de saúde entrevistada. Ele se repete, também, na própria insatisfação mostrada pela equipe em termos de serviço público.

Percebemos uma frustração devido ao desempenho repetitivo no exercício da função e às poucas possibilidades de crescimento pessoal em termos de uma educação geral, bem como a falta de segurança, mesmo como profissional,

trabalhador da saúde, no momento da aposentadoria. Ressalta-se a utilização de mecanismos de defesas, nem sempre adequados a cada um às exigências do contexto, mas utilizados por essa equipe no intuito de se preservarem psicologicamente.

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A investigação possibilitou o alcance do objetivo de analisar as Representações Sociais de Ser Mãe das puérperas e da equipe de saúde do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral do Andaraí, instituição do Ministério da Saúde localizada na Cidade do Rio de Janeiro, bem como as relações que se estabeleceram entre elas, que possam servir de base para favorecimento do atendimento necessário às puérperas e a seus bebês na prática de amamentação em alojamentos conjuntos do hospital, considerando a necessidade primária de troca afetiva no processo de desenvolvimento humano, e o compromisso da equipe de saúde na ação educativa das puérperas.

O estudo apontou alguns pontos comuns entre a equipe e as puérperas nas categorias analisadas, tais como:

- 1) Totalidade do ser. Na categoria Mãe, o ser mãe é revelado como figura plena, capaz de absorver toda magnitude de um ser humano tanto do ponto de vista das puérperas quanto da equipe de saúde.
- 2) Responsabilidade, na categoria Filho, foi o sentido mais enfático na fala de ambos os grupos participantes da pesquisa, visto que é um compromisso para o resto da vida pela inserção de um ser no mundo.
- 3) Simples reprodutor, na categoria Pai, uma vez que o sentido revelado pelas puérperas e pela equipe de saúde foi a de que o pai tem-se mostrado como reprodutor, ou seja, a figura paterna se faz importante pelo ato de reprodução.
- 4) Fator imunológico, na categoria Amamentação, o qual aparece como o grande responsável para a determinação da necessidade da amamentação.

Estes foram os pontos comuns revelados entre puérperas e equipe de saúde. Além desses aspectos, as representações sociais enfatizaram outras, significativas para as puérperas, a saber: sobre a categoria Mãe, são apontados outros elementos, tais como: (1) busca de satisfação, em que há um projeto, diante de si mesma como ideal; (2) conflito interior, que denota o desejo de ser e o de ter; (3) reedição de papéis, em que há uma busca no intuito de reparar-se.

Sobre a categoria Filho, um outro elemento enfatizado é o poder mágico, em que se atribui a Deus a capacitação de procriar.

Sobre a categoria Pai, percebemos a dificuldade relacionada a esta figura, aparentemente ausente ou internalizada com valores distorcidos durante sua vida.

Quanto à Amamentação, apesar do reforço através das campanhas educacionais, algumas puérperas evidenciaram através de suas falas medo e fantasia nesse processo, ao dizerem, por exemplo: “Não tenho leite”.

A categoria Família aparece como uma reorganização de pessoas com envolvimento afetivo, mas não necessariamente com ligações consangüíneas. Nem claramente na sua dimensão educativa.

No que diz respeito à equipe do Serviço de Obstetrícia, podemos observar, na categoria Mãe, a ambivalência apontada pela equipe como fronteira entre o desejo de estar grávida e o de ser mãe, porque, segundo as expressões das entrevistadas, nem toda mãe é boa.

Sobre a categoria Amamentação, são elementos estruturantes de fundamental importância: (1) troca afetiva, pois é a partir desse contato físico, extremamente rico, entre a mãe e o bebê, que se fundamenta o alicerce do desenvolvimento humano; e (2) dimensão educativa através do qual a equipe de saúde evidencia a ausência de um trabalho educativo efetivo com as puérperas em



diversas fases durante a gravidez, tais como: pré-natal e acompanhamento de puericultura e perinatal.

Na categoria Família, as representações da equipe de saúde apontam no sentido de que a família é o pilar fundamental da vida do homem, como base de tudo e o limite ideal para o desenvolvimento do ser humano. É o núcleo onde valores são consolidados.

Na categoria Educação surge a dicotomia entre formação profissional e educação pessoal. Entretanto, o que se mostra como uma contradição é que, quando a equipe de saúde se refere à categoria Trabalho, deixa transparecer que há uma íntima relação entre trabalho, amamentação e educação. Emerge certa dicotomia nas falas da equipe. Denota-se uma ruptura entre a atuação responsável do profissional e aquilo que é peculiar no ser humano, como sensibilidade, que é capaz de tornar o homem responsável pela sua própria felicidade.

A equipe de saúde aponta uma frustração no desempenho repetitivo no exercício da função, as poucas possibilidades de crescimento pessoal em termos de uma educação geral e contínua, e também a falta de segurança pessoal, diante da sua desvalorização enquanto profissional e como pessoa no processo competitivo da vida profissional.

Apesar dos resultados desse estudo não poderem ser generalizados, consideramos que nos propiciou a oportunidade de verificarmos alguns pontos importantes no relacionamento entre uma equipe de saúde e as puérperas – no nosso caso específico, mulheres que se encontram em um momento crucial de suas vidas, de origem humilde, umas de comunidades carentes, na maioria das vezes sem nenhuma orientação sobre o processo de gerar e dar à luz um novo ser. Destituídas de um modelo claro de valores, o que talvez tenha determinado a

omissão de uma das figuras importantes para a formação de um núcleo familiar, que é o pai. Também na equipe de saúde detectamos certa ausência de valores atribuídos à figura paterna, embora esperássemos, decorrente de à sua formação sócio-educacional, um enriquecimento relacionado a essa categoria.

Podemos observar durante esse estudo que a frustração apontada pela equipe de saúde sobre seu trabalho é determinada, na maioria das vezes, pela falta de interação e de atualização no enfoque teórico prático, ou seja, na maioria das vezes não há implementação de um projeto voltado para a dimensão educativa, o que acaba deflagrando em descrença e desânimo no desempenho profissional como agentes de mudança no percurso de suas atividades.

Diante disso, algumas recomendações podem ser feitas, tais como:

- 1) Que a própria equipe promova curso de reciclagem interna no sentido de atenderem suas próprias necessidades de educação contínua que assegure a valorização permanente de suas ações.
- 2) Que a própria equipe propicie a realização de trabalho multiprofissional para efetivação de um processo educativo das puérperas, que de fato sedimente seu atendimento aos bebês ao retornarem a suas casas.
- 3) Que haja um efetivo acompanhamento do Ministério da Saúde junto aos hospitais, para que ocorra a implantação da proposta inicial dos alojamentos conjuntos, cuja existência se tornou obrigatória em todos os hospitais públicos e conveniados (Brasil, Ministério da Saúde, 1993a).

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. **A abordagem estrutural das representações sociais.**In Revista do programa de estudos pós-graduados PUC São Paulo 14/15. São Paulo: Psicologia da Educação, 1º e 2º sem. 2002.p.17-37

ARIÈS, P **Historia social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar,1995.

BADINTER, E. **L'amour en plus: histoire de l'amour maternel.** Paris: Flammarion,1980.

\_\_\_\_\_. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

\_\_\_\_\_. **Sobre a identidade masculina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1993.

BAUER, Martin. **A popularização da ciência como imunização cultural: a função da resistência das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995.

BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição Federal do Brasil.** São Paulo: Ícone, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 1016. **Diário Oficial da União**, n.º 167, Seção I, p. 13065, 01 set. 1993a.

\_\_\_\_\_. **A iniciativa Hospital Amigo da Criança** (Folheto Informativo). Brasília : Ministério da Saúde, 1993b.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FARR, Robert M. **Representações Sociais: a teoria e sua história.**In GUARESCHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). *Textos em Representações Sociais.* 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.p.31-59

FREDERICKSON, Helen. **Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FREUD, Sigmund. **Obras completas.** Totem e Tabu e outros trabalhos (1913-1914) – v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. **Obras completas:** Além do princípio do prazer, Psicologia de grupo e outros trabalhos (1920,1922) – v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. **Obras completas.** O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925) – v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. **Obras completas.** Moisés e o monoteísmo. Esboço da psicanálise e outros trabalhos (1937-1939) – v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998.

GUARESCHI, Pedrinho & JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995.

JODELET, D. **As representações Sociais:** um domínio em expansão. São Paulo: Vetor, 2007.

KLEIN, M. Identificação projetiva. In: HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KNIEBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. **L'histoire des mères.** Paris: Montalba, 1986.

LANGER, M. **Maternidade e sexo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, B. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LEITE, M. M. (org.) **A condição feminina no Rio de Janeiro – século XIX.** Brasília: Huicitec, 1984.

MADEIRA, Margot campos. **A (re)construção da teoria na prática do professor: os sentidos de aprendizagem.** In Revista do programa de estudos pós-graduados PUC São Paulo 14/15. São Paulo: Psicologia da Educação, 1º e 2º sem. 2002.p.207-222

MALDONADO, M. T. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **Maternidade e paternidade** – 2 v. Petrópolis: Vozes, 1996.

MAZZOTTI, Tarso B.; OLIVEIRA, Renato José. **Teorias pedagógicas:** argumentos sobre o fazer educativo. In Ciências da Educação. Cap. 1

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOSCOVICI, Serge. **La psychanalyse, son image, son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

\_\_\_\_\_. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

REVISTA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE – Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psicanálise. São Paulo, v. 29, n.º 2, 1995.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SAVIANI, Demerval. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1980.

\_\_\_\_\_. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, Celso João (org.) **Tecnologias, trabalho e educação** – um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994.

SERRURIER, Catherine. **Elogio às mães más**. São Paulo: Summus, 1993.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

## **ANEXO**

## ANEXO 1

### PORTARIA MS/GM Nº 1016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993<sup>1</sup>

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, Interino, no uso das suas atribuições,

CONSIDERANDO a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar as complicações maternas e do recém-nascido;

CONSIDERANDO a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis;

CONSIDERANDO ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo I, art. 10, inciso V, estabelece que: “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”, resolve:

1 – Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto” contidas no anexo I.

2 – Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando estabelecido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para sua adoção em todas as Unidades Médico-Assistenciais, integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

3 – Revoguem-se as disposições em contrário.

Saulo Moreira

Anexo I da Portaria MS/GM Nº 1016, de 26/08/1993

---

<sup>1</sup> Publicada no *Diário Oficial da União* nº 167, de 01/09/1993 – Seção I, p. 13066.

# ***NORMAS BÁSICAS DE ALOJAMENTO CONJUNTO***

## **I – Introdução**

1 – Estas normas deverão ser observadas nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As Unidades que já possuem o alojamento conjunto deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas novas adaptações no sentido de melhorar a eficiência e eficácia do sistema.

2 – As recomendações que se seguem devem ser compreendidas como um mínimo ideal para que o binômio mãe-filho tenha condições adequadas de atendimento. Entretanto, reconhecemos que na maior parte do território brasileiro, mesmo que tais condições não sejam atingidas, o mais importante é manter o recém-nascido junto à mãe, logo após o nascimento.

## **II – Definição**

1 – ALOJAMENTO CONJUNTO é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho.

2 – A colocação do recém-nascido junto à mãe de forma descontínua não oferece as vantagens citadas e não é, por definição, considerada como “Alojamento Conjunto”.

## **III – Vantagens**

A permanência do recém-nascido sadio com sua mãe, com a prática de ações que configuram o sistema conhecido como “Alojamento Conjunto”, tem por vantagens:

- a) estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto;
- b) favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado;
- c) fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce;
- d) permitir a observação constante do recém-nato pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade;
- e) oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera;



- f) manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;
- g) diminuir o risco de infecção hospitalar;
- h) facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos;
- i) desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

#### **IV – População a ser Atendida**

1. Mães – na ausência de patologia que impossibilite ou contra-indique o contato com o recém-nascido.

2. Recém-Nascidos – com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério de elemento da equipe de saúde.

2.1. Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto.

Em caso de cesareana, o filho será levado para perto da puérpera entre 2 a 6 horas após o parto, respeitando as condições maternas.

#### **V – Recursos para Implantação**

##### 1. Recursos Humanos

1.1. A adoção de recursos humanos deve depender da disponibilidade de cada serviço.

1.2. As unidades hospitalares com sistema de Alojamento Conjunto devem manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.

1.3. Recomenda-se uma equipe multiprofissional treinada, constituída por:

a) Enfermagem;

- 1 enfermeiro para 30 binômios;

- 1 auxiliar para 8 binômios;

b) Médicos:

- 1 obstetra para 20 mães;

- 1 pediatra para 20 crianças.

c) Outros Profissionais:

- assistente social;

- psicólogo;
- nutricionista.

## 2. Recursos Físicos

2.1. Os quartos e/ou enfermarias devem obedecer a certo padrão, com tamanho adequado para acomodar a dupla mãe-filho, sendo a área convencionalmente estabelecida de 5m<sup>2</sup> para cada conjunto materno/berço.

2.2. De acordo com as disponibilidades locais, poderá haver modificação dessa metragem no sentido de dar prioridade ao alojamento conjunto.

2.3. O berço deve ficar com separação mínima de 2m do outro berço

2.4. Objetivando melhor funcionamento, o número de duplas mãe-filho por enfermaria deverá ser de no máximo 6.

2.5. As acomodações sanitárias serão estabelecidas de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde.

## 3. Recursos Materiais

3.1. Na área destinada a cada binômio mãe e filho, serão localizados: cama, mesinha de cabeceira, berço, cadeira e material de asseio.

3.2. Para cada enfermaria são necessários um lavatório e um recipiente com tampa para recolhimento da roupa usada.

## *VII – Avaliação do Sistema*

1. Sugere-se que periodicamente sejam realizadas as seguintes avaliações:

- a) dos resultados quanto ao incentivo ao aleitamento materno;
- b) do desempenho da equipe;
- c) da aceitação do sistema pela mãe e familiares;
- d) dos resultados quanto à morbi-mortalidade neonatal dentro do serviço;
- e) dos conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança.

2. A equipe técnica do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno / MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

## *VIII – Normas Gerais*

1. A adoção do “Alojamento Conjunto” não representa a extinção do berçário, pois este será necessário para prestar assistência aos recém-nascidos que apresentem riscos na sua adaptação à vida extra-uterina, aos que tenham condições patológicas e àqueles cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

2. O “Alojamento Conjunto” não é um método de assistência utilizado para economizar pessoal de enfermagem, pois tem um alto conteúdo educativo que deve ser considerado prioritário.

3. O exame clínico do recém-nascido deve ser feito em seu próprio berço ou no leito materno. Procedimentos mais complexos, como por exemplo colheita de sangue, deverão ser realizados fora do alojamento conjunto.

4. Os cuidados higiênicos com o recém-nascido devem ser feitos no alojamento conjunto.

5. A pesagem do recém-nascido deve ser diária.

6. As visitas serão diárias e a presença do pai deve ser estimulada e facilitada, inclusive com o alargamento do horário.

7. Atribuições da equipe de saúde:

a) preparar a gestante no pré-natal para o sistema de “Alojamento Conjunto”;

b) estimular o contato precoce mãe-filho na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento;

c) encorajar o aleitamento sob livre demanda;

d) não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;

e) não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio;

f) proibir que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada);

g) orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao recém-nascido;

h) realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando, e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu filho;

i) ministrar às mães palestras e aulas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;

j) participar do treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência;

l) identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade para atendimento continuado das mães e da criança, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde ainda nos primeiros 15 dias.

8. As altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de “Alojamento Conjunto”, e ser este período importante na detecção de patologias neonatais.

**ANEXO 2**



**FIGURA 1**

Alojamento conjunto

**ANEXO 3**



**FIGURA 2**

Alojamento conjunto

**ANEXO 4**



**FIGURA 3**

Alojamento conjunto

## ANEXO 5



FIGURA 4

Alojamento Conjunto



**ANEXO 6**



**FIGURA 5**

Alojamento Conjunto

**SER MÃE: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS <sup>2</sup>E  
DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

**Roteiro de entrevista com puérperas**

Nome: .....Data de nascimento:.....

Natural de: ..... Estado civil.....

1- Ser mãe costuma ter sentidos e significados diferentes para cada pessoa, podemos conversar um pouco sobre esses sentidos e significados para você?

2- Há um desdobramento de sentidos e significados em torno do “ser mãe”?

3- Podemos nomear estes sentidos como categorias de referências as questões Relacionadas à maternidade?

---

<sup>2</sup> Este instrumento de pesquisa foi elaborado como roteiro base de entrevista semi-estruturada.

## SER MÃE: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

### Roteiro de entrevista com Equipe de saúde de uma instituição Hospitalar

Nome: .....Data de nascimento:.....

Natural de: ..... Estado civil.....Profissão:.....

1- Ser mãe costuma ter sentidos e significados diferentes para cada pessoa, podemos conversar um pouco sobre esses sentidos e significados para você?

2- Há um desdobramento de sentidos e significados em torno do “ser mãe”?

3- Podemos nomear estes sentidos como categorias de referências as questões, Relacionadas à maternidade?

4- Podemos falar um pouco sobre Educação e trabalho , sentidos e significados no seu contexto atual?

3

---

<sup>3</sup> Este instrumento de pesquisa foi elaborado como roteiro base das entrevistas semi-estruturadas.