

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E COMUNICAÇÃO HUMANA
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - HABILITAÇÃO PSICÓLOGO**

ANTÔNIA MADEIRA RODRIGUES

**Maternidade e desamparo:
elaborações a partir do atendimento a gestantes e a puérperas
em internação hospitalar durante a pandemia do COVID 19**

PORTO ALEGRE

2021

ANTÔNIA MADEIRA RODRIGUES

**Maternidade e desamparo:
elaborações a partir de atendimentos a gestantes e a puérperas
em internação hospitalar durante a pandemia do COVID 19**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Instituto de Psicologia, Serviço Social e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Milena da Rosa Silva

PORTO ALEGRE

2021

Nome: Antônia Madeira Rodrigues

Título: Maternidade e desamparo: elaborações a partir de atendimentos a gestantes e a puérperas em internação hospitalar durante a pandemia do COVID 19

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Instituto de Psicologia, Serviço Social e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: 17 de novembro de 2021

Banca examinadora:

Comentadora: Paula Nunes Mousquer

Orientadora: Milena da Rosa Silva

Agradecimentos

À minha mãe, Marieta, pelo carinho, cuidado e suporte incessáveis e constantes; por me apresentar essa profissão linda que também escolhi pra mim, e por me dar sempre espaço, enquanto filha e agora colega, pro meu próprio fazer no meu caminho.

Ao meu pai, Lúcio, pelo afeto e por me ensinar a vida com leveza.

À minha irmã, Flora, pela companhia na vida, de perto ou do outro lado do mundo, sempre.

À minha namorada, Gabrielle, pelo amor, carinho, e leveza nesses anos de parceria; e pela aposta constante na profissional que eu aos poucos venho a me tornar. A vida é melhor ao teu lado.

Às minhas avós, Maria Antonieta e Maria Isabel, e às avós emprestadas Lucia Iara e Teresa, pela maternidade dobrada e o amor transgeracional que transborda.

Às tias, aos tios, às primas e aos primos - de sangue ou não-, que com sua constante presença sempre me fizeram saber que minha rede de apoio é imensa.

À Ana Laura, pela escuta sensível ao longo de tantos anos e o suporte para chegar aqui da forma que o faço hoje.

Aos amigos que a graduação me deu a sorte de ter: Ana Luiza, Bryan, Fernanda, Marina, Maurício, Sofia, Vladimir, e Yuri. Me formo uma psicóloga (e pessoa) melhor com vocês e por vocês, obrigada pela companhia inabalável nessa trajetória inconstante que é/foi nossa graduação.

Às amigas da vida: Bibiana, Luísa, Luise, Natália, Paola e Rafaela. Crescer e contar com vocês é uma alegria que ninguém me tira.

À Milena R. Silva e à Andrea G. Ferrari, por terem me guiado ao longo de toda a graduação e me acolhido no Núcleo de Estudos em Psicanálise e Infâncias (NEPIs). A elas e às participantes do núcleo, por todo o trabalho desenvolvido juntas e por me oferecerem uma casa em pleno Instituto de Psicologia.

À Jéssica e à Paula, pela companhia no trabalho lindo e intenso na Linha de Cuidado Mãe-Bebê em plena pandemia.

À Milena R. Silva, pelo aceite em me acompanhar e me orientar na escrita deste trabalho.

Novamente, à Marieta, à Maria Antonieta, e à Carla, pela leitura atenta e carinhosa desse trabalho, e pela constante aposta no que ele poderia se tornar.

Resumo

No presente trabalho, foram elaboradas considerações baseadas em uma experiência de estágio de atendimento psicológico na maternidade de um hospital referência em atenção materno-infantil na sua região, durante o período da pandemia do Coronavírus - 19. Situou-se o serviço enquanto parte da Rede de Atenção em Saúde materno-infantil, assim como a história das políticas elaboradas para este público. A partir do conceito de desamparo para a teoria psicanalítica, refletiu-se sobre o desamparo materno, inerente à condição subjetivante do outro que sustenta o recém-nascido. Assim como o desamparo primordial do bebê, tal desamparo exige uma rede de apoio que lhe ofereça suporte nesse período. Com o advento do COVID 19, as redes foram isoladas, e os cuidadores se tornaram ainda mais vulneráveis. No contexto da internação hospitalar em uma maternidade, gestantes e puérperas ficaram sem acompanhantes e com visitas restritas. Frente a isso, o trabalho desenvolvido nos atendimentos psicológicos foi de “*holding do holding*”, que se propõe a testemunhar e a acolher o sofrimento de forma que seu peso seja compartilhado. Através de uma clínica de escuta e de ato, foi possível realizar a sustentação das mães para que essas pudessem se reinvestir nas suas relações com seus bebês.

Palavras-chave: maternidade; atenção materno-infantil; COVID 19; desamparo; psicanálise.

Abstract

The present study elaborates considerations based on a clinical psychology internship at the maternity ward of a regional reference hospital in maternal-child health services, during the COVID 19 Pandemic. The service was contextualized as part of the Rede de Atenção em Saúde materno-infantil (network of Maternal-Child healthcare services) as well as the history of public policies elaborated for this population. Deriving from the concept of helplessness in psychoanalytic theory, reflections were made on the maternal helplessness inherent to the subjectivating condition of who supports the newborn. Such helplessness, like the prime helplessness of the baby, demands a support system to provide assistance during this period. With the breakout of COVID 19, those systems were isolated, and the caregivers became even more vulnerable. In the context of hospitalization in this maternity ward, pregnant and puerperal women were left without their companions and with restricted visitations. This situation considered, the work developed during psychological care consisted of a “holding of holding”, that proposes to testify and embrace the suffering in a way that its weight could be shared. Through a clinic of listening and acting, it was possible to sustain the mothers so that they could reinvest themselves in their relationships with their babies.

Keywords: maternity; maternal-child health care; COVID 19; helplessness; psychoanalysis.

Lista de Siglas

AAE - Atendimento Ambulatorial Especializado

AB - Atenção Básica

AC - Alojamento Conjunto

AR - Alto Risco

APS - Atenção Primária em Saúde

COVID 19 - CoronaVirus Disease 2019

DPRS - Defensoria Pública do Rio Grande do Sul

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

LCMB - Linha de Cuidado Mãe-Bebê

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência à Saúde da Mulher

PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre

RAS - Rede de Atenção em Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTINeo - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sumário

Introdução	8
Evolução das Políticas Públicas para mulheres	9
A Psicologia na Linha de Cuidado Mãe-Bebê	12
Minha experiência	14
Desamparo materno, suporte social e COVID 19	17
“ <i> Holding do holding</i> ” e outras formas de amparo no hospital	25
Atendimento de Elisa	27
Considerações Finais	29
Referências	32

Introdução

O presente trabalho trata de uma experiência de atendimento psicológico a gestantes e puérperas na Linha de Cuidado Mãe-Bebê do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), antes e durante o período da pandemia de COVID 19 (*Corona Virus Disease 2019*).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que coordena quatro hospitais na cidade de Porto Alegre, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial). Essa estrutura do GHC, integralmente voltada para os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), é referência no Estado do Rio Grande do Sul, comporta 1510 leitos, e atende cerca de 55,9 mil gaúchos por ano (GHC, 2021). A Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB) do HNSC faz parte da Rede de Atenção em Saúde (RAS) materno-infantil, e é considerada um serviço de Atendimento Ambulatorial Especializado (AAE) referência para a população pertencente à sua macrorregião de saúde, por ser habilitada a atender às gestações e aos partos de maior risco, conforme a organização definida em Nota Técnica do Ministério da Saúde (MS, 2019).

Em acordo com o preconizado pelo MS, a LCMB é sustentada por uma equipe multidisciplinar de atendimento à gestante, que oferece manejo multiprofissional em atendimentos e atuação interdisciplinar para discussão de casos, sendo composta por, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro ou obstetriz, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista (MS, 2019). Entre as competências atribuídas à psicóloga membro da equipe estão: Oferecer atendimento individual para as gestantes e as puérperas com foco na capacidade de autocuidado e fatores de risco sociofamiliares, trabalhando sua relação consigo, com a sua família, com a gestação, e com as mudanças provocadas pelo final desta; assim como monitorar o quadro clínico visando a estabilização da usuária e elaborar com a equipe o seu plano de cuidados individualizado, entre outras (MS, 2019).

Tive a oportunidade de participar da implementação de tais competências na prática ao realizar o estágio na Linha de Cuidado Mãe-Bebê durante o ano de 2020 e parte do ano de 2021. Nesse período, atendi gestantes e puérperas, acompanhando suas questões e sendo testemunha do potencial da escuta no ambiente hospitalar; o que tornou esse tema ainda mais caro para mim. No princípio de 2020, quando começava o estágio, teve início a pandemia do COVID 19, acrescentando desafios ao trabalho que se realizava e às vivências das pacientes, que, de repente, ficaram sem acompanhantes e com visitas restritas devido às medidas de isolamento social instauradas para a segurança de todos.

Tais restrições, todavia necessárias, agravaram o desamparo experimentado, especialmente pelas puérperas, que precisaram viver sozinhas os primeiros dias da maternidade. O conceito de desamparo, para a teoria psicanalítica, acompanha o ser humano desde o nascimento até a vida adulta, e coloca em questão a necessidade de um outro que sustente o sujeito desamparado. Assim como os cuidadores ocupam esse espaço para os bebês - no caso dos atendimentos que realizei no HNSC, as mães -, é preciso que alguém ocupe essa posição para as mães, que também se encontram desamparadas através de sua identificação com seus bebês.

No contexto da pandemia do COVID 19, frente à ausência do importante papel do acompanhante durante a internação das puérperas, foi necessário que outros tentassem amenizar tal desamparo. Nos atendimentos de psicologia às pacientes da LCMB, isso foi possível através da oferta de uma escuta sensível às mães, para individualizar a sua experiência de desamparo como um sofrimento singular daquele sujeito. Assim, a partir da disponibilidade psíquica das (futuras) psicólogas, pode-se oferecer um *holding* às mães, cuidando delas para que melhor pudessem cuidar de seus bebês.

Evolução das Políticas Públicas para mulheres

A história da saúde da mulher, enquanto parte das políticas nacionais de saúde no Brasil, remonta às primeiras décadas do século XX. Os primeiros programas, nas décadas de 1930, 1950 e 1970, retratavam uma visão restrita sobre a mulher e seu papel social, limitando-se às demandas relativas à gravidez, ao parto e à amamentação (MS, 2004). Especificamente no período da ditadura militar, foram implementados de forma vertical programas pertencentes a um modelo de atenção à saúde médico-assistencial que mantinham essa perspectiva (Neto, Alves, Zorzal & Lima, 2008).

No começo dos anos 1980, iniciou-se o processo de redemocratização política do país e o fortalecimento dos movimentos sociais foi essencial para a proposição de novas políticas no campo da saúde materno-infantil nas décadas seguintes (Neto et al., 2008). Nesse contexto, o movimento feminista brasileiro criticava veementemente a perspectiva reducionista com que os programas existentes tratavam a mulher, que se restringia a alguns cuidados de saúde exclusivamente no ciclo gravídico-puerperal, seguindo sem assistência na maior parte de sua vida (Mamede & Purdêncio, 2015; MS, 2004; Neto et al., 2008). O movimento argumentava, ainda, que as desigualdades sociais de gênero resultavam em problemas de saúde específicos

da população feminina, sendo necessário criticá-los, identificá-los, e propor novos processos políticos que promovessem mudanças (MS, 2004).

A partir de 1983 passaram a ser definidos programas e publicadas portarias que ampararam legalmente a efetivação de práticas humanizadas no parto e no puerpério (Neto et al., 2008). Entre elas está o estabelecimento da obrigatoriedade do alojamento conjunto, assim como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), proposta inédita até então, que tinha como prioridade a atenção primária e a atenção à saúde da mulher de forma integral (não mais restrita ao binômio mãe-filho), clínico-ginecológica e educativa (MS, 1984; Neto et al., 2008). Para tanto, o PAISM considerava a necessidade de articulação e aperfeiçoamento das ações de pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério; além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis; e também da assistência ao planejamento familiar, à concepção e à contracepção, acompanhando as mulheres da adolescência até o seu envelhecimento (MS, 1984; Neto et al., 2008; Osis, 1998).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação definitiva do SUS (Lei Nº 8.080, 1990) constituíram a base dos direitos reprodutivos no Brasil e estabeleceram o entrelaçamento da rede de proteção e assistência à mulher e à criança que tomou forma nos anos seguintes (Neto et al., 2008). Essa rede foi construída através de ações que previam, no âmbito do SUS: a atenção à gestante e ao recém-nascido; a obrigatoriedade do alojamento conjunto; assim como, posteriormente, a integração das questões da saúde da mulher; e o estabelecimento de programas de humanização dos cuidados perinatais com objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país - todos no âmbito do SUS (Departamento de Atenção Básica, 2000; Lei 8.069, 1990; Portaria Nº 1.016, 1993; Portaria Nº 569, 2000).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004) propunha, a partir de uma perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde da mulher, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com enfoque na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual contra a mulher (MS, 2004; Neto et al., 2008). Em seguida, no ano de 2005, foi promulgada a Lei Nº 11.108, que estabeleceu a obrigatoriedade do direito da gestante à presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Anos depois, em 2011, a instituição da Rede Cegonha no âmbito do SUS (Portaria Nº 1.459, 2011) reforça as diretrizes da Política de 2004 - com a adição da atenção ao desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida - e preconiza a qualificação e a organização da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil no

contexto nacional, através de melhorias no sistema logístico, incentivos técnicos e novos financiamentos (Martins, Nicolotti, Vasconcelos & Melo, 2014; MS, 2011, 2017). A RAS materno-infantil deve garantir uma estrutura operacional e logística com equipe multiprofissional capacitada para responder à necessidade de saúde da população-alvo; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população, entre outros (MS, 2019).

Essa estrutura é dividida em Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) e em Atendimento Ambulatorial Especializado (AAE). A APS - principalmente representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - se situa como porta de entrada e centro de comunicação da rede, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados (Portaria Nº 2.436, 2017). No caso de gestantes, é na UBS do seu território que elas são recebidas, fazem o acompanhamento pré-natal e do puerpério, e são vinculadas à maternidade de referência. A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) - composta pela atenção ambulatorial e hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, Sistemas Logísticos e Governança (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015) - compartilha o pré-natal de alto risco, assim como os exames especializados para tal, com a APS. Responsabiliza-se, também, pelas maternidades de risco habitual ou intermediário (disponíveis em cada região de saúde) e pelas maternidades de alto risco e atendimento a neonato em situação crítica com a Unidade de Terapia Intensiva (disponível nas Macrorregiões em Saúde) (MS, 2019). Em ambas as estruturas, a equipe multiprofissional deve estar presente através das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica e das equipes especializadas na AAE (MS 2016, 2019). Como mencionado na introdução deste trabalho, faz parte dessa equipe multiprofissional mínima um psicólogo, que deve oferecer atendimento às pacientes do serviço.

No Rio Grande do Sul, “o poder público tem o dever de proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe no período pré e pós natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal”¹ (Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, DPRS, 2020b, p. 3). Na capital do estado, Porto Alegre, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é uma estrutura de AAE referência para a sua macrorregião de saúde, conforme organização da RAS materno-infantil pelo Ministério da Saúde (2019). Portanto, a Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB) do Hospital oferece cuidado em saúde a

¹ Nota-se que a colocação da DPRS (2020) traz uma conotação negativa às consequências do estado puerperal, que devem ser “prevenidas”. O puerpério é um momento intenso de muitas mudanças fisiológicas e psíquicas que pode ser facilitado pela assistência psicológica, independente de ser vivido enquanto experiência negativa ou positiva pela mãe.

gestantes de alto risco, a partos de todos os níveis de risco e a puérperas em geral, incluindo nesses cuidados a assistência psicológica, como preconizado pela DPRS.

A Psicologia na Linha de Cuidado Mãe-Bebê

A Linha de Cuidado Mãe-Bebê é um serviço interdisciplinar do HNSC voltado para pessoas atendidas no Centro Obstétrico do hospital, podendo ser internadas por gestação de risco ou por trabalho de parto, permanecendo até a recuperação pós-parto. Além dessas, também são referenciadas à Linha de Cuidado pacientes que recorreram à emergência obstétrica do hospital, foram internadas por um período da gestação e, após receberem alta, continuaram realizando acompanhamento da gestação através de atendimentos ambulatoriais.

No decorrer do presente trabalho, me referirei às pessoas atendidas como ‘as pacientes’ pois, na sua totalidade, atendi no período de estágio pacientes que se identificavam enquanto mulheres cis-gênero. Considero relevante frisar aqui a importância do movimento de mulheres na luta por direitos equânimes e pela construção de políticas públicas voltadas para tal população, ainda que ressalte que gestar não é uma vivência exclusiva de pessoas às quais socialmente é atribuído o gênero feminino, mas sim possível a todos os sujeitos nascidos com útero, uma vez que:

Sujeitos nascidos com útero viverão uma experiência reprodutiva distinta dos sujeitos nascidos sem útero, independentemente do sexo ou gênero atribuído socialmente a eles. Sendo assim, é fundamental que sejam incluídos nessa discussão sujeitos de outros gêneros (homens trans, não binários, e outros) que passaram pela experiência de gestação, parto e puerpério. (Iaconelli, 2020, p. 71).

Assim, apesar do recorte da minha experiência pessoal, o trabalho desenvolvido pela equipe da LCMB é destinado não apenas a mulheres, mas a todos os sujeitos que estão vivenciando ou vivenciaram uma gestação, e que para receberem a atenção preconizada pela RAS materno-infantil, requerem atendimento multidisciplinar. Fazem parte dessa equipe profissionais de medicina e de enfermagem, além de técnicas em enfermagem, nutricionistas, uma assistente social e uma psicóloga.

O serviço de psicologia na LCMB, como as outras especialidades ‘não-obstétricas’, de certa forma não essenciais nos cuidados diários das pacientes, funciona da seguinte forma: os profissionais de enfermagem e de medicina recebem as pacientes na internação, investigando

as queixas que elas apresentam com relação à gestação. Ao longo do seu tratamento, os membros da equipe conversam com as pacientes, e quando percebem que elas apresentam demanda para atendimento psicológico (muitas vezes por sentimentos relacionados à internação, preocupações com a gestação e com o começo da maternidade), fazem um pedido de consultoria através do sistema eletrônico do GHC. Neste pedido, são preenchidos alguns dados básicos da paciente: idade, número da gestação, tipos de parto nas gestações anteriores e idade gestacional atual; além de comumente ser escrita uma pequena descrição do que os fez buscar a consultoria. O pedido é recebido através do sistema pela psicóloga, que procura conversar com o profissional que fez a solicitação e então atende a paciente em questão. Além dos atendimentos às pacientes internadas, ela ainda realiza, duas vezes por semana, os atendimentos em ambulatório das pacientes que seguiram em acompanhamento após a alta.

O setor da maternidade do HNSC é dividido entre o Centro Obstétrico (CO), setor de Alto Risco (AR) e Alojamento Conjunto (AC). O CO recebe as mulheres no hospital, realizando os primeiros atendimentos e encaminhando à internação, quando necessária. Também é o espaço de cuidados mais intensivos para gestantes internadas com essa necessidade, como momentos de estresse fetal ou materno, e de preparação para o parto. O Centro foi recentemente reformado, sendo um espaço muito bonito e agradável dentro do hospital. Ele é dividido entre salas de PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto) - individuais, para mulheres em trabalho de parto; e uma sala maior, com vários leitos divididos por cortinas, dedicados aos cuidados mais intensivos.

Já o AR e o AC são espaços mais “comuns”, voltados para a internação. Um corredor, com diversos quartos dos dois lados, com 2 a 4 leitos em cada um no AR; e até 6 leitos no AC, que tem alguns quartos maiores. Boa parte dos quartos são conjugados, com um banheiro no meio, que é dividido pelas mulheres ali internadas. As pacientes internadas no AR apresentam as mais diversas idades gestacionais, situações da gestação, e perspectivas de tempo de internação. Já no AC ficam todas aquelas cuja gestação havia se encerrado de alguma forma - escrevo assim, pois aqui estão incluídas mulheres que passaram pelo parto e ficaram com seus bebês, mulheres que pariram e cujos bebês foram para a Unidade Neonatal (para cuidados médios) ou para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo, para casos mais delicados), mulheres que pariram após diagnóstico de morte fetal, ou, ainda, mulheres que passaram por aborto. Cada um dos setores citados tem sua estação de referência, onde ficam a equipe de enfermagem, um técnico administrativo e todos os prontuários e computadores para trabalho da equipe, além dos instrumentos das enfermeiras, medicações, etc.

No período da minha experiência no hospital, sempre que possível os atendimentos da psicologia eram realizados na Sala da Psicologia; mas também aconteciam junto ao leito, quando necessário em razão das condições das pacientes; e no “Cantinho da Amamentação”, ponta de um corredor com diversas cadeiras, um espaço mais reservado e pouco movimentado do setor. A preferência pelo atendimento na Sala (localizada um pouco mais longe, a alguns corredores de distância), se justifica por se tratar de um espaço mais reservado, deixando as pacientes mais confortáveis para a conversa. Contudo, a sala era dividida entre a psicóloga e as duas estagiárias, e ainda era compartilhada com uma técnica administrativa, de forma que nem sempre era possível atender no local. Além disso, por estar localizada mais longe do setor de internação, algumas gestantes e puérperas não podiam se deslocar até lá, então muitas vezes o local do atendimento era escolhido conforme a possibilidade de mobilidade da paciente.

A periodicidade dos atendimentos era pensada de forma muito singular, dependia do contexto clínico (médico e psicológico), do tempo previsto para internação, e considerava todas as variáveis que o contexto hospitalar impõe: horários de visitas, de *rounds* (momento diário em que a equipe médica visita todas as pacientes para conferir a evolução do quadro clínico) e de alimentação, saídas para exames, situações emergenciais em que a gestante não se encontrava bem para conseguir ser atendida, etc. As visitas eram permitidas todos os dias, no início da tarde, por cerca de 2 horas, uma pessoa por paciente. Já os acompanhantes eram liberados por 24h para as pacientes internadas no Alojamento Conjunto - a maioria no contexto de pós-parto.

Minha experiência

Durante meu estágio, atuei junto à psicóloga da equipe, que recebeu a mim e a outra estagiária, nos acompanhando ao longo das atividades e nos supervisionando quando começamos a atender casos individualmente. Como estagiária, comecei participando dos atendimentos da supervisora, e posteriormente passei a realizar atendimentos sozinha, o que permitiu uma divisão dos casos entre três pessoas (ela, eu e a outra estagiária), ampliando a capacidade de atendimentos por semana.

A rotina do hospital tem um ritmo muito acelerado. Todos os dias, na chegada ao hospital, conferíamos os novos pedidos de consultoria e dividíamos os casos. Também retomávamos os casos já em atendimento, organizando quais poderiam ser atendidos na Sala e quais precisavam ser atendidos ao leito. Ainda, semanalmente, tínhamos reuniões internas,

voltadas para supervisão e seminário teórico, e uma vez por semana participávamos da reunião dos *rounds*. Essa última, uma reunião diária da equipe médica para compartilhar o que havia sido levantado nos *rounds* e que, semanalmente, recebia a médica psicanalista Ivanoska Martini para atender algum caso e compartilhar sua perspectiva sobre ele (Martini, 2014).

Com o desenvolver das atividades e acompanhando os atendimentos, me identifiquei muito com o trabalho realizado, admirando a diferença que a escuta disponibilizada parecia fazer na vivência das pacientes no hospital - e fora dele. Além disso, a dinâmica do hospital, apesar de corrida, me agradava muito, propondo diversas trocas com profissionais de outras disciplinas, especialmente da enfermagem e do serviço social, visando oferecer o melhor atendimento possível para as pacientes internadas.

Após o período de adaptação ao estágio, de pouco mais de um mês, tivemos férias coletivas e no momento do nosso retorno, em março de 2020, começaram a ser implementadas as medidas de isolamento social para contenção da pandemia do COVID 19 (Decreto Nº 20.500, 2020). Permaneceram abertos somente os serviços essenciais, incluindo, é claro, os hospitais; contudo, todas as atividades de estágio foram suspensas até que fosse possível entender melhor o funcionamento do vírus e garantir a segurança dos alunos. Nesse contexto, o HNSC foi definido como hospital referência para atendimento de casos de COVID 19 no Rio Grande do Sul, recebendo pacientes de todo o estado. Para tanto, estabeleceu um plano de contingência com diversos protocolos para qualificar o atendimento aos pacientes e as condições de trabalho dos profissionais (GHC, 2020). Posteriormente, em abril, ficou encarregado - juntamente com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - de receber somente os casos de alta gravidade e pacientes em estado crítico (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PMPA, 2020a).

As atividades de estágio permaneceram suspensas de março a novembro de 2020, momento em que a disseminação do vírus foi considerada mais controlada na cidade de Porto Alegre. Durante esse intervalo, mantive contato com a supervisora que, quando conseguia, relatava as experiências vividas por pacientes e trabalhadores do hospital, que nesse período enfrentaram situações antes inimagináveis. A pandemia decorrente da disseminação do COVID 19 provocou uma situação de calamidade pública em todo o mundo, atingindo de diferentes formas, e em diferentes momentos, cada país. Até novembro, Porto Alegre contava quase 52 mil casos da doença, e cerca de 1.500 mortes, mas a média de casos novos e de internações nos hospitais havia decaído (PMPA, 2020b). Contudo, no âmbito federal, em novembro contabilizavam-se 5 milhões de casos confirmados e 168 mil mortes (G1 RS,

2020); e no momento da finalização dessa escrita, no começo de novembro de 2021, o país registra 608 mil óbitos e 21,8 milhões de diagnósticos de COVID 19 (MS, 2021). Atualmente, no mundo todo, há registro de cerca de 247 milhões de casos confirmados e 5 milhões de mortes (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2021), de forma que o Brasil (sozinho) representa 12% das mortes totais no mundo, reflexos da ausência de uma política federal que priorize o controle da disseminação da doença e a vida da população do país.

Então, em novembro de 2020, após muito diálogo entre a Universidade e o Hospital, foi possível o retorno às atividades presenciais, sempre tomando todos os cuidados possíveis: uso de máscaras PFF2, cumprimento do distanciamento social e manutenção dos espaços ventilados. As expectativas para o retorno eram altas, e misturavam o desejo de aproveitar a experiência prática pela qual eu havia me afeiçoado tanto no começo do ano, e a compreensão de que o período em que não estive presente foi muito duro para equipe e de muitas mudanças no funcionamento do hospital para melhor proteger a todos.

Para a Psicologia da LCMB, mais especificamente, os atendimentos não poderiam mais ser realizados no ambiente privado da sala, pois essa, como antes mencionado, era uma sala compartilhada, dividida em dois ambientes. O primeiro deles, destinado para a psicóloga, era pequeno (sem espaço para manter o distanciamento de 1,5m entre as pessoas, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde) e sem janela (tinha somente um vão de comunicação com o segundo ambiente da sala, esse sim com janela), o que impossibilitava que os atendimentos ocorressem de forma segura. Assim, quando estávamos somente em nossa ‘equipe’ de 3 (a psicóloga e as duas estagiárias), nos revezávamos com a técnica administrativa para usar o ambiente com janela e podermos nos reunir de forma mais segura, mas ainda reservada, para discussão de casos. Os atendimentos passaram a ser realizados sempre ao lado do leito das pacientes ou no Cantinho da Amamentação, aumentando a falta de privacidade destes, agravada pelo uso de máscaras e *face shields*, que forçavam ambas, paciente e terapeuta, a falarem mais alto para conseguirem se ouvir.

Outra mudança importante aconteceu na organização dos horários de visita e na presença de acompanhantes na maternidade. Normalmente, as parturientes e puérperas têm direito a um acompanhante em tempo integral durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Lei Nº 11.108, 2005), e por quanto durar a internação puerperal. Contudo, após as restrições estabelecidas para contenção do COVID 19, foi mantido o direito ao acompanhante no período do parto, como previsto em lei, mas a presença do acompanhante depois desse período foi suspensa, ficando as mulheres internadas no Alojamento Conjunto durante o

puerpério restritas aos mesmos novos horários de visitas que as pacientes do AR: duas vezes por semana, quartas e domingos, por duas horas.

Essa mudança ocasionou que mulheres ficassem sozinhas com seus bebês nos primeiros dias do pós-parto, sem verem suas famílias, contando apenas com o apoio da equipe do hospital e com o uso de celulares para o contato com familiares. No caso de uma mulher cujo bebê nascesse na quinta-feira, por exemplo, ela ficaria sozinha do momento em que chegou ao AC até o momento de sua alta, se a recebesse no período normal de 2 a 3 dias após o parto. Assim, essas alterações realizadas, extremamente necessárias para proteção de mães, bebês, seus familiares e equipe hospitalar contra o COVID 19, tiveram consequências negativas para as puérperas internadas, que precisaram vivenciar um pós-parto ainda mais solitário e desamparado do que o padrão. Foi nesse contexto de mudanças e quebras de expectativas - das mulheres e minhas, pois o estágio foi muito afetado pela pandemia - que atendi diversas gestantes e puérperas lidando com seu desamparo.

Desamparo materno, suporte social e COVID 19

O termo desamparo vem da expressão alemã *Hilflosigkeit*, palavra usada por Freud pela primeira vez no texto “Inibições, sintomas e angústia” (1926/1990a), um substantivo que designa o estado ou a condição de alguém que se encontra ‘sem ajuda’, *hiflos*, 'desamparado' (Pereira, 2008, p. 128). Apesar de seu uso aparentemente tardio, para muitos autores a ideia de desamparo está presente desde o início das elaborações teóricas do autor, como em “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895 (Passos, Neves, & Menezes, 2018).

De acordo com o Vocabulário da Psicanálise, desamparo trata-se de um

Termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. Estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna.

Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia (Laplanche & Pontalis, 1991, p. 112).

Essa experiência do desamparo tem um lugar de destaque na teoria psicanalítica, pois é vista enquanto estruturante para a condição humana (Prata, 2016). No âmbito da primeira infância, especialmente quanto aos primeiros meses de vida do bebê, é o estado de desamparo

- ou de dependência absoluta, para Winnicott (1969/1994) - advindo da incapacidade de satisfazer suas necessidades de forma independente que obriga-o a manifestá-las para que elas sejam atendidas por um outro. O bebê precisa da ajuda exterior [*fremde Hilfe*] de um adulto que efetue essa tarefa no seu lugar (Pereira, 2008). “(...) tal necessidade expõe o fracasso do funcionamento solipsista do aparelho psíquico e marca definitivamente a função crucial da alteridade nos primórdios da construção do psiquismo” (Kloutau & Faissol, 2016, p. 68).

Em “Projeto para uma psicologia científica” (1895/1990b), ao discorrer sobre a primeira experiência de satisfação, Freud nomeia de *Nebenmensch* esse outro que se ocupa do bebê ao nascer. *Neben* significa ao lado de, e *Mensch* significa homem, ou ser humano, assim esse outro que atende às necessidades do bebê é “o próximo, aquele que se situa ao lado de” (Chatelard, 2004, p. 354), ou ainda, “o outro ao lado” (Kloutau & Faissol, 2016, p. 67). É a partir da sua entrada em cena, visando aplacar o estado de urgência em que se encontra o bebê em desamparo, que o cuidar e a presença de um outro passam a fazer parte do processo constitutivo da subjetividade (Dauer & Martins, 2015).

Muitas vezes, aquele que cumprirá essa função para o bebê será o seu cuidador principal, podendo ser a mãe, o pai, ou aquele que se encarrega dele. O que importa é que esse cuidador “coloque seu desejo em cena, conseqüentemente operando em direção ao processo constitutivo do bebê” (Ferrari & Silva, 2021, p. 154). Muitos dos conceitos aqui utilizados foram concebidos a partir de uma perspectiva de família tradicional, composta pela tríade mãe, pai, criança. Contudo, é possível partir desses conceitos de ações e funções dedicadas à criança sem restringi-las a um determinado marcador social. O bebê necessita de um outro (ou outros) que dele cuide, continuamente, e deste outro dependerá sua constituição psíquica enquanto sujeito; a qual não é determinada pelo gênero, sexo, posição social ou familiar de quem ocupa essa função. Portanto, na sequência, ao citar Winnicott, usarei bastante o termo ‘mãe’, compreendendo que os cuidados e processos mencionados não se aplicam só a ela.

De acordo com Winnicott, para oferecer tais cuidados, proporcionando um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1987/2020), é preciso que a mãe atinja um estado de Preocupação Materna Primária - sensibilidade exacerbada desenvolvida pela mãe ao fim do período gestacional, que perdura até as primeiras semanas de vida do bebê (Winnicott, 1956/2000). A mãe deve ter saúde suficiente para desenvolver essa condição, quase como uma doença, tal qual para recuperar-se dela à medida que o bebê a libera (Winnicott, 1956/2000). Essa “doença normal” possibilitaria à mãe uma adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos seus primeiros momentos de vida (Winnicott, 1956/2000, p. 401),

resultando na capacidade materna de “oferecer interpretações aos choros, movimentos e expressões da criança, de significar o seu mal-estar e de desempenhar uma conduta de antecipação” (Dauer & Martins, 2015, pp. 51-52). Tais capacidades constituem o *holding*, importante cuidado materno de sustentação psíquica e também física - através do colo, dos cuidados ao corpo e da resposta às necessidades fisiológicas - do bebê (Winnicott, 1960/1983b). Ela estabelece, assim, “uma função de ego auxiliar, possibilitando o desenvolvimento psíquico, emocional, afetivo e biológico da criança” (Prata, 2016, p. 72). A partir dessa relação, desenvolve-se um estado de confiança capaz de unir mãe e bebê (Winnicott, 1970/2011).

Ainda de acordo com a teoria winnicottiana, a capacidade da mãe para se adaptar às necessidades da criança e adentrar a Preocupação Materna Primária é fundamentalmente orientada pela sua identificação com o bebê (Campana, Santos, & Gomes, 2019; Dauer & Martins, 2015). A aptidão para tal identificação vem da experiência da mãe enquanto bebê, das suas memórias corporais de conforto e segurança (Campana et al., 2019; Winnicott, 1956/2000). Seria como a regressão a uma fase primitiva (Mota, 2013), que pode ser facilitada pela experiência da gestação, do parto e do puerpério - ou não (Iaconelli, 2020). Baseadas nessa premissa, Campana et al. (2019) propõem pensar em “Preocupação Parental Primária”, considerando que todos os possíveis cuidadores já foram bebês que receberam cuidados.

Essa identificação depende, também, da mulher ter uma base narcísica suficiente para que possa deslocar o seu próprio narcisismo para o filho. Tal operação é descrita por Boukobza (2002, p. 18) como “acrobática”, pois ao identificar-se com o bebê, a mãe é ao mesmo tempo a “potência salvadora” e o bebê em estado de desamparo. Ela está mais suscetível a isso por estar revivendo com ele seu estado de angústia original, concomitante à vivência de uma fase de grandes transformações: no corpo, na vida social e na psique, que são experimentadas por cada mulher conforme a sua história pessoal e o contexto da sua gestação e da chegada do bebê (Prata, 2016; Wanderley, 2002).

De acordo com Bernardino (2008), na literatura específica é muito encontrada a angústia materna provocada pela chegada do bebê. A presença dele no ambiente familiar

reativa na mãe traços mnêmicos relacionados às experiências que ela própria viveu como bebê ou como criança pequena, que teve de enfrentar a chegada de um bebê na família, ou circunstâncias traumáticas relacionadas a um bebê na família. Estamos

diante da mesma angústia, própria ao desamparo, de aniquilamento, que retorna como repetição, em busca de ser nomeada e simbolizada (Bernardino, 2008, pp. 25 - 26).

Em consonância, Winnicott (1988/2020) situa que, no período após o nascimento do bebê, é inerente que seu cuidador se encontre tão desamparado quanto ele mesmo (Mota, 2013).

Tal desamparo normal, que todos os cuidadores atravessam, em diferentes medidas, era socialmente reconhecido na maioria das sociedades tradicionais, nas quais a mãe deveria permanecer em repouso após o parto, sendo ritualmente cercada, cuidada e amparada (Boukobza, 2002). Nesse contexto, seria esperado que a mãe se recolhesse ao seu próprio narcisismo, para então ser capaz de deslocá-lo ao bebê (Dauer & Martins, 2015). Ao contar com uma base de apoio suficientemente boa, vinda do amparo familiar, do tecido social e da cultura, a mãe pode experienciar esse recolhimento, dedicar-se ao seu filho e viver de forma mais amena o desamparo (Boukobza, 2000; Dauer & Martins, 2015; Mota, 2013).

Para Druon, percebe-se que

Em um nascimento normal [a termo, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas], mesmo havendo um momento de grande fragilidade narcísica, os movimentos internos geradores de conflito são amortizados pelos movimentos grupais em torno da mãe e da criança e pela presença da criança, que se abre para a vida. O pai é grato à mãe por ter dado à luz o produto da criação deles. Os Círculos familiares e de amigos envolvem o casal e a criança (Druon, 2011, p. 39).

A importância do amparo para gestantes e puérperas é sustentada por diversos autores como forma de amenizar as questões emocionais suscitadas no período, principalmente nos primeiros meses de vida do bebê (Mota, 2013; Prata, 2016; Rapoport & Piccinini, 2006; Rosa, 2009). Esse amparo oferecido à mãe reflete não só na sua própria experiência, como na do bebê, pois de acordo com Winnicott, o *holding* que a mãe oferece ao bebê é muito afetado pela sustentação que a sua rede de apoio oferece (ou não) a ela (Winnicott, 1969/1994).

A partir de tal contextualização, é possível pensar que o cuidador, identificado com o bebê, experimenta novamente a angústia do desamparo primordial, e, assim como o bebê, necessita de um “outro ao lado” (*Nebenmensch*) a quem possa gritar para que o auxilie com suas necessidades. Esse outro muitas vezes é representado pela figura paterna, por um companheiro, ou pelas avós dos bebês, que realizam a função de acompanhar, de estar com, similar ao *holding* materno. Baseadas em sua experiência com um serviço de assistência a

mães e a seus bebês, Benavides e Boukobza (1997, p. 101) sugerem o uso de “acompanhamento” como melhor termo para “definir esta relação de ‘estar com’, assemelhando-se a um *holding*: olhar o bebê com sua mãe, colocar palavras sobre o que ele expressa através de suas atitudes, permitir à mãe expressar suas vivências, estar lá enquanto ‘terceiro testemunha’”. No caso delas, a partir de uma posição de acompanhamento profissional.

Coincidentemente - ou não - acompanhante também é o termo utilizado àqueles escolhidos para estarem com pessoas próximas internadas em um hospital. No contexto de gestantes e puérperas, é esse acompanhante que cumprirá a função de ‘estar com’, de acolher a sua experiência, oferecendo o suporte para que ela possa dedicar sua energia às inúmeras demandas que a gestação e a parturição exigem.

A literatura atual sobre a presença de acompanhantes a gestantes e puérperas em hospitais se concentra na experiência do parto, especialmente sobre as percepções das puérperas sobre o acompanhamento nesse momento tão importante (Diniz et al, 2014; Dodou et al., 2014). De forma majoritária, as puérperas relataram que o acompanhante, alguém familiar, com quem elas tinham um vínculo anterior àquele momento, foi muito importante para o apoio emocional durante o parto. A sua presença foi considerada um amenizador do sentimento de solidão nesse momento, provocando uma sensação de confiança e de segurança nas parturientes, além de ter auxiliado na comunicação com a equipe hospitalar (Dodou et al., 2014). Quanto às dificuldades no parto, elas referiram enquanto causas de estresse e ansiedade

a falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, a dor e o desconforto (do próprio nascimento ou das intervenções), a preocupação e a incerteza sobre o que está acontecendo, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, o tratamento hostil, e a solidão (Diniz et al., 2014, p. S141).

Ao analisar tais desencadeantes de sofrimento, é perceptível que esses também estão presentes no contexto da internação hospitalar em geral, não somente na sala de parto. Assim, pode-se dizer que o acompanhante também é essencial nesses outros espaços. Por mais que a equipe do hospital se dedique ao bem-estar das pacientes, oferecendo o suporte que lhes é possível em meio à rotina do hospital, é certo que o apoio que a mãe necessita durante a gestação e a parturição, incluindo o pós parto, “é melhor dado pelo pai da criança (digamos

seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio mas precisa ser dito" (Winnicott, 1963/1983a, p. 78).

Assim, é evidente a importância da presença daquele que esteja junto da gestante, que acolha sua experiência e acompanhe-a nesse processo tão intenso e demandante da gestação e do puerpério. O acompanhante, ou os acompanhantes, são necessários na chegada do bebê à sua nova casa, na adaptação da rotina dos cuidadores, e nos movimentos provocados pelas demandas do recém-nascido tão dependente e desamparado. Ao mesmo tempo, esses “outros ao lado” para a mãe também são importantes antes da saída do hospital, incluindo o momento da internação, do parto, e do pós-parto imediato, até a saída do alojamento conjunto.

Contudo, apesar de ser obrigatória no Brasil desde 2005 (Lei Nº 11.108), a presença do acompanhante no parto não é unânime na experiência das parturientes, conforme estudo de Diniz et al., publicado em 2014. Na verdade, quase 10 anos depois da promulgação da Lei do Acompanhante, ela garantia acompanhante contínuo (da internação à saída do alojamento conjunto) somente à 18,8% das parturientes. Não tiveram acompanhante em momento algum 24,5% das parturientes, e 75,5% tiveram acompanhante em algum momento da internação - podendo ser em somente uma das seguintes etapas: admissão, trabalho de parto, parto ou pós-parto/recuperação imediata, ou alojamento conjunto (Diniz et al., 2014). Analisando as respostas das parturientes, percebeu-se que “as mulheres que com mais frequência ficaram sem qualquer acompanhante foram as que tiveram parto vaginal, viviam na Região Centro-oeste, tinham rendimentos mais baixos, menor escolaridade, eram pretas ou pardas, múltíparas e usuárias do setor público” (Diniz et al., 2014, p. S149).

Frente a tais informações, fica evidente o recorte social que separa aquelas cujo direito não é assegurado. Espera-se que, passados sete anos do estudo, a Lei do Acompanhante esteja mais perto de ser efetivamente implementada no Brasil, garantindo o suporte às parturientes independente de suas condições sociais. Contudo, a partir dos dados citados, é possível inferir que ainda hoje muitas mulheres vivenciam o parto sem um acompanhante. Além disso, após a saída do hospital, é comum que as mães se encontrem sozinhas tendo que lidar com o puerpério e com as demandas do novo bebê, da casa, dos outros filhos, sem aquela rede de apoio esperada que a permitiria entrar no estado de proteção e recolhimento idealizado para esse momento.

No ano de 2020, entretanto, a ausência da rede de apoio presencial teve uma justificativa diferente: a pandemia do COVID 19, um vírus novo sobre o qual não se sabia quase nada, além de que ele era altamente transmissível e perigoso. A forma de contenção do vírus adotada em diversos países e, apesar da resistência de muitos, também no Brasil, foi o

isolamento social. No Rio Grande do Sul, a população do estado foi instruída a permanecer em casa, e sair somente quando necessário fazer uso de serviços essenciais (farmácias, mercados, hospitais). Nesse contexto, os encontros entre amigos e familiares de forma geral foram suspensos, e no contexto do hospital não foi diferente. As visitas a pacientes internados foram interrompidas ou restringidas a horários menores, assim como a presença de acompanhantes, que foi proibida em diversos hospitais. No caso das maternidades, tentou-se manter a presença dos acompanhantes no momento do parto, e, nos piores momentos da pandemia, até isso foi suspenso ou restrito, apesar da Recomendação da DPRS (2020a) e do Ministério da Saúde (2020) em defesa desse direito:

Durante a vigência da pandemia, como situação transitória que visa garantir a segurança de mães e recém-nascidos, não se tratando de restrição a direitos das mulheres, mas sim uma medida de contenção temporária, fica estabelecido que: os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante. Para as gestantes e puérperas assintomáticas e que não testaram positivo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante é aceita sem restrições. (MS, 2020, p. 25)

No HNSC, por exemplo, um único acompanhante poderia estar com a parturiente. Sua entrada na sala era permitida somente a partir do momento em que a parturiente apresentasse 5 cm de dilatação vaginal, e ele poderia permanecer com a acompanhada até algumas horas depois do parto.

Tais precauções, apesar de extremas, se mostraram essenciais. Em abril de 2020, as gestantes e puérperas foram consideradas grupo de risco para o COVID 19 (MS, 2020), sendo especialmente afetadas pela variante P1 no início de 2021. Antes disso, a Secretaria Estadual de Saúde do RS já havia emitido Nota de Alerta para mortalidade materna por COVID 19 no estado, em agosto de 2020 (SES RS, 2020). De março ao fim de 2020, foram contabilizadas seis mortes por COVID 19 em gestantes ou puérperas no estado do RS; e até 29 de junho de 2021, haviam sido contabilizadas 75 mortes do mesmo grupo (Tatsch, 2021). Ainda, em estudo liderado pela Universidade Federal do Sergipe, analisando dados de mortalidade materna por COVID 19 no Brasil, de março de 2020 a junho de 2021, entre as 50 cidades mais perigosas para contaminação de gestantes e puérperas, 6 pertenciam ao estado do RS (Siqueira et al., 2021). Na época da eclosão da variante P1 no estado, as atividades de estágio

estavam novamente suspensas, mas recebi relatos de que a maternidade do HNSC, que antes comportava cerca de 4 leitos para pacientes com COVID 19, destinava metade dos seus leitos para gestantes e puérperas com COVID 19, sem contar as que estavam internadas na chamada “UTI-COVID”.

Em meio à pandemia, o ambiente hospitalar se tornou um lugar de alto risco de contaminação por COVID 19, requerendo medidas ainda mais extremas de isolamento e de cuidados do que outros espaços, visando a maior proteção possível para os profissionais de saúde e para os pacientes, especialmente os pertencentes ao grupo de risco. Assim, em um contexto de internação como o das gestantes e das puérperas que atendi, era perceptível a contradição entre o desejo de ter visitas e poder ser acompanhada por alguém próximo, concomitante com o medo de estar no ambiente hospitalar e a preocupação com aqueles que poderiam vir a visitá-las em algum momento, expondo-se ao vírus. Birman (2020) escreveu que a pandemia, caracterizada pela invisibilidade do vírus, deixou a todos com medo diante do impalpável, ainda mais considerando a inexistência de vacinas ou de tratamentos até então. Esse contexto impôs, em larga escala, o “terror da morte” no psiquismo dos sujeitos, reativando aquilo que Freud denominou como desamparo originário do sujeito (Birman, 2020).

Na condição originária do desamparo psíquico, o sujeito ainda acredita que pode apelar às instâncias alteritárias, que poderiam lhe proteger da incidência virótica potencialmente mortal. . . . Porém, quando não pode contar com instâncias de proteção pública que sejam confiáveis, como ocorreu concretamente no contexto social brasileiro modelado pela dupla mensagem [oposição entre a defesa do isolamento social horizontal e reconhecimento da ciência, por grande parte dos governadores e prefeitos; e do isolamento social vertical e negacionismo da ciência, por parte do presidente da República], o sujeito se inscreve no registro psíquico do desalento. Com efeito, sem saber com quem contar para lhe proteger, o sujeito se sente entregue ao acaso e ao indeterminado, assim como ao que é arbitrário na existência, em que tudo de pior pode lhe acontecer, afetando, então, os diferentes registros do real e do psiquismo (Birman, 2020, pp. 135-136).

Assim, no caso das gestantes e puérperas, é possível pensar em uma soma de desamparos, terrores e desalentos, não acolhidos pelo “outro ao lado” familiar devido às

medidas de contenção do vírus que, apesar de necessárias, tiveram consequências importantes para essas mulheres, deixando-as sem ter a quem recorrer.

“Holding do holding” e outras formas de amparo no hospital

O que se pode fazer então? Minha inserção na prática do hospital se deu nesse contexto, de desamparo das mulheres internadas e de desalento da equipe frente à confusão que o vírus e o desgoverno impunham, às perdas de seus colegas e ao terror da morte presente em todos. Proponho-me aqui a trazer algumas das brechas que encontramos nesse período, persistindo na potência da (re)construção de uma rede de apoio possível entre as paredes do hospital.

Ao serviço de psicologia do Hospital coube manter os atendimentos individuais aos pacientes, assim como oferecer grupos para os profissionais da linha de frente do HNSC durante o ano de 2020. Os grupos eram semanais, em horários diversos ao longo da semana para abranger as equipes de manhã, tarde e noite; e conduzidos por duplas de psicólogas. Quanto aos participantes, eram, sobretudo, enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Segundo relato de uma das psicólogas mediadoras, profissionais com demanda psiquiátrica foram encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do hospital, com prioridade.

Quando retornei, em novembro de 2020, me inseri na prática dos atendimentos individuais às mulheres internadas. Vou falar em ‘mulheres’ aqui pois, na minha experiência, elas compuseram 100% do público que atendi. Meu reencontro com o hospital foi uma mistura de empolgação por finalmente reencontrar a prática pela qual eu sentia tanto carinho, com o receio do que o período de oito meses terríveis de pandemia havia provocado no hospital. De fato, muito havia mudado, mas a aposta na prática seguira.

Nos atendimentos às gestantes e às puérperas, agora para além das questões referentes à sua gestação e ao contexto familiar, somavam-se os receios em relação ao COVID 19 e a como estavam suas famílias nesse período difícil. De acordo com Mota (2013) e Prata (2016), as condições atuais do momento da gestação e do parto podem constituir uma barreira para a saúde da mãe e para o desenvolvimento da relação mãe-bebê. E o contexto estava distante do imaginado por essas mulheres enquanto experiência de maternidade. Além de estarem hospitalizadas, o que no caso das gestações de alto risco já quebra diversas expectativas por si só, também não podiam receber visitas e não tinham direito a acompanhante ao longo da internação. Isso provocava sentimento de solidão e agravava o seu desamparo, mesmo compreendendo que esse era o procedimento mais seguro para todos.

Frente a essas questões, nos atendimentos foi possível oferecer cuidado enquanto presença sensível, situado no campo da ética psicanalítica como uma disponibilidade afetiva, para além de um exercício técnico e interpretativo (Kupermann, 2009). Para Bernardino (2008, p. 28), a clínica psicanalítica com bebês e seus pais é muito menos interpretativa e muito mais uma “clínica do ato”. Apesar de tratar-se de outro contexto, através da escuta psicanalítica foi possível acolher o sofrimento em jogo e auxiliar na sustentação do laço que ali se estabelecia entre mãe e bebê, pois a escuta ofertada à primeira reflete, e muito, na relação entre os dois.

De acordo com Bernardino (2008, p. 28), frente ao desamparo materno o analista “estaria na posição daquele que vai ‘cuidar’ da mãe, fornecer-lhe a continência que está presente na expressão popular ‘segurar a barra’, tão plena de sentidos metafóricos”. Nesse caso, o cuidado oferecido se assemelharia a uma função de sustentação, mas para a mãe, oferecendo-lhe acolhimento, apoio e continência para que ela pudesse fazer o mesmo para seu bebê (Bernardino, 2008). Retomando o conceito de *Nebenmensch*, o “outro ao lado” de Freud normalmente é descrito como aquele para quem o bebê grita para que o socorra e satisfaça suas necessidades, sustente sua existência, ofereça-lhe o *holding*. Nesse caso, estaríamos nós, enquanto terapeutas, oferecendo esse *holding* a partir de uma posição profissional, ocupando de uma nova forma esse lugar de “outro ao lado” que os familiares poderiam desempenhar, mas que faltava às mães no hospital em meio à pandemia.

Para Arreguy (2011), a partir de sua experiência com atendimentos em uma maternidade de Alto Risco em Brasília, a principal função que poderia ser atribuída ao terapeuta nesse contexto seria justamente a de “estar ao lado”. A autora coloca, ainda, que a escuta psicanalítica, o oferecimento de um *holding*, e a supervisão clínica da efêmera transferência inerente ao *setting* no qual nos propomos a trabalhar apontam para uma condição diferencial no tratamento. O trabalho desenvolvido nesse espaço, como a autora coloca, elabora-se na direção de um “*holding do holding*”, ou Clínica do *Holding* (Benavides & Boukobza, 1997; Boukobza, 2002). Esse tipo de acompanhamento, de “estar com” proposto pelas autoras trata de um cuidado que assemelha-se ao *holding* através do “olhar para o bebê com sua mãe, colocar palavras sobre o que ele expressa através de suas atitudes, permitir à mãe expressar suas vivências e estar lá enquanto ‘terceiro testemunha’” (Benavides & Boukobza, 1997, p. 101). “Nessa posição, trata-se de oferecer uma escuta e ainda emprestar palavras para as atitudes expressas pelo cuidador, permitindo uma elaboração das vivências em sua relação ambivalente com o bebê, mediando-a” (Wiles & Ferrari, 2020, p. 3).

A fim de ilustrar o trabalho descrito, apresento um breve relato clínico, com nomes fictícios, sobre a experiência de atendimento a uma puérpera.

Atendimento de Elisa

Chego ao quarto de Valentina, paciente que eu vinha atendendo há alguns dias. Vejo sua nova colega de quarto, Elisa, deitada na cama, dormindo com seu bebê ao lado. Percebo essa como uma das poucas imagens tranquilas do dia-a-dia no hospital: uma mãe e seu bebê descansando ao mesmo tempo é algo raro. Converso um pouco com Valentina, em tom baixo para não acordar a dupla ao lado, que devagarinho começa a se mexer. Conforme seguimos a conversa, o bebê de Elisa começa a se agitar, chorando bastante. Ela aparenta ter dificuldade para “colocá-lo no peito” para mamar. Valentina me conta que Elisa recebeu medicação pois teve crises de ansiedade durante à noite, devido a Paulo não estar pegando bem o peito e ambos não terem conseguido dormir. Valentina contou a Elisa que eu a estava atendendo, e sugeriu que ela pedisse para conversar com alguém da psicologia também.

Elisa começa a me contar, em meio ao choro de Paulo, que ficava muito ansiosa por estar sozinha e não ter ninguém para ajudar com o bebê. Mal havia descansado desde o parto e estava muito preocupada com a amamentação. Eu disse que pediria à equipe de enfermagem que registrasse no sistema o pedido de consultoria, e que alguém viria atendê-la (pois evitamos que uma mesma terapeuta atenda duas pacientes do mesmo quarto). Contudo, um pouco mais tarde, Elisa teve outra crise de ansiedade e pediu para me chamarem. Encontro-a chorando junto de Paulo, que também chorava, tentando fazê-lo mamar. Sentei ao seu lado, tentando acolher sua angústia, eu mesma me sentindo angustiada com o choro incessante do bebê em seu colo. Elisa me conta que sua filha mais velha mamou facilmente, e que a internação após o parto dela foi tranquila, o que atribuiu à presença de membros da família consigo - como a sogra e o esposo, que a ajudaram a cuidar da bebê. Ela conversa com Paulo, dizendo que quer muito que ele mame, que o ama muito. Conforme vamos conversando, ela vai se acalmando e Paulo também, embora não mame muito.

Quando ele pega no sono, ela se mexe, e ofereço ajuda para ela levantar-se com ele no colo. Percebo que ela olha para os lados, e pergunto se ela precisa de algo. Ela diz que precisa ir ao banheiro, mas não quer largá-lo pois acabou de pegar no sono. Me ofereço, então, para segurar Paulo, que fica adormecido durante o longo período que sua mãe passa no banheiro. Me preocupo com ela, que depois me diz que estava há horas querendo fazer isso, mas não tinha com quem deixar o bebê.

Deixo-a mais tranquila no quarto e, em conversa com a supervisora, concordamos ser importante que Elisa tenha direito a um acompanhante. A equipe inicialmente resiste à ideia, mas após uma segunda noite em que Elisa demanda auxílio, em função de crises de angústia e necessidade de medicação, concorda com a indicação. Quando informo Elisa de que o acompanhante virá, ela se emociona. No dia seguinte, após uma noite com acompanhante, Elisa já parece outra pessoa. Não tem mais olheiras fundas já não olha tanto para mim, mas sim para Paulo, que conseguiu pegar o peito e agora mama tranquilamente. Sua tia, ao seu lado, agradece a atenção e conta como toda a família está ansiosa para receber o bebê em casa. No dia seguinte, Elisa recebeu alta do hospital e nos despedimos.

Nos atendimentos no hospital, portanto, foi possível oferecer esse *holding* para as mães, escutar suas questões e dar um suporte à sua relação com o bebê e com sua família (mesmo que essa estivesse acontecendo de forma virtual). Esse cuidado oferecido não exigia muitos procedimentos, mas sim uma postura de escuta empática e sensível (Arreguy, 2011) e uma disponibilidade psíquica para realmente acolher o que era trazido nos atendimentos. Para Figueiredo (2007, p. 18), “muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem”.

Essa forma de cuidar, atenta àquilo que o sujeito tem de singular e individual na sua vivência, foi o que permitiu fazer borda ao desamparo das pacientes, situado em suas experiências particulares. Através de disponibilidade psíquica e de tempo (muitas vezes escasso na rotina da equipe hospitalar), foi possível compreender por onde se emaranhava o sofrimento psíquico da mulher em questão e oferecer o *holding* que melhor lhe cabia. Isso não significa que o trabalho seja simples, pois oferecer tal disponibilidade exige bastante da equipe. Apesar de ser breve, restrito ao período da internação, o cuidado realizado trata da elaboração de uma crise suscitada pela chegada do bebê (Benavides e Boukobza, 1997), podendo ser muito intenso para todos os envolvidos.

Ainda bem que, apesar das restrições da pandemia, além da equipe, as mães contaram com outros tipos de suporte para amenizar seu desamparo durante a internação. Ao longo dos atendimentos, era perceptível que uma nova relação se estabelecia entre as mulheres no setor. Como expliquei antes, os quartos do HNSC têm cerca de 4 leitos cada, muitas vezes com banheiro conjugado com outro quarto de 4 leitos. Assim, a partir da organização do espaço, percebemos que as mulheres, principalmente as do Alto Risco, que passavam mais tempo internadas, desenvolviam relações de amizade e de cuidado com as suas colegas de quarto.

Elas conversavam sobre seus bebês em suas barrigas, sobre suas famílias em casa, sobre seus exames e seus quadros clínicos. As mais velhas e mais experientes preocupavam-se com as mais novas, cuidando delas e, por vezes, recorrendo à equipe para manifestar suas preocupações. Eventualmente esse cuidado era exacerbado, revelando alguma intromissão, mas em sua extensa maioria era recebido com muito afeto.

Nos momentos de atendimento realizado ao lado do leito, era frequente que precisássemos falar mais alto devido ao uso de máscaras e aos barulhos inerentes à rotina do hospital. Nesse contexto, era comum que as colegas de quarto da paciente atendida tentassem nos oferecer alguma privacidade, fosse usando fones de ouvido para assistir algo no celular, fosse saindo do quarto para ‘visitar’ outras pacientes no setor. Devido às recorrentes reorganizações dos quartos e trocas de leitos, as mulheres criavam uma extensa rede de conhecidas, de forma que as visitas de um quarto para outro eram frequentes.

Entre as coisas que mais gostei de acompanhar no meu período no hospital foram justamente essas visitas, especialmente no Alojamento Conjunto, que se destacaram. Após o nascimento dos seus bebês, as mulheres que estavam internadas no Alto Risco passavam para um quarto do AC com os seus bebês (com exceção das que os bebês iam para a UTINeo), e então, as mulheres que antes eram suas colegas de quarto no AR iam visitá-las para conversar e conhecer os recém-nascidos. Uma cena comum nas mídias durante a pandemia foi a formação de um corredor de profissionais aplaudindo os pacientes recuperados do COVID 19 saindo do hospital. Essa cena, reeditada, acontecia também na maternidade, quando, ao receberem alta, as mães passavam pelos quartos com conhecidas para se despedirem e iniciarem a próxima etapa da maternidade.

Considerações Finais

No presente trabalho, busquei tecer reflexões sobre o desamparo materno de gestantes e puérperas atendidas no HNSC durante a pandemia do COVID 19, a partir da minha experiência de estágio no serviço de psicologia da Linha de Cuidado Mãe-Bebê. O estágio consistia em oferecer atendimento psicológico às pacientes internadas na maternidade (puérperas e gestantes de alto risco), realizar supervisões e seminários teóricos, assim como participar de reuniões com a equipe multiprofissional da LCMB.

O HNSC está localizado em Porto Alegre, e é referência em atenção materno-infantil no estado do Rio Grande do Sul. Faz parte da RAS materno-infantil, organizada pelo Ministério da Saúde através de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no Brasil.

Políticas essas, frutos da luta dos movimentos feministas e das mulheres, mas que não deveriam, contudo, excluir pessoas não identificadas com o gênero feminino desta pauta, que também possuem demandas para os serviços desta Rede.

Durante o período de estágio, com o advento da pandemia do COVID 19, medidas de isolamento social precisaram ser implementadas e minhas atividades foram temporariamente suspensas. Ao retornar, as consequências da pandemia eram gritantes nos novos procedimentos do hospital, em função dos equipamentos requeridos para prevenção do contágio, das alterações na organização da rotina e das novas regras para visitas e acompanhantes. Os profissionais do hospital foram bastante afetados pela tensão diante do COVID 19, e com as pacientes não poderia ser diferente: elas relatavam em seus atendimentos uma nova e importante razão para o seu desamparo.

O desamparo, para a teoria psicanalítica, faz parte do processo de constituição do sujeito, sendo aquilo que mobiliza o bebê a chamar por um outro que consiga satisfazer suas necessidades. Esse outro, para responder às intensas demandas do recém-nascido, precisa identificar-se com ele. Para tanto, regride a uma angústia primordial e encontra-se, também, desamparado. Nesse contexto, elabora-se a ideia de desamparo materno, que leva a mãe (ou o cuidador principal) a, assim como o bebê, chamar por um outro que lhe ofereça suporte para sustentar essa relação dual.

Esse outro para a mãe, pode ser representado por um único indivíduo ou por uma rede de apoio que com ela compartilhe os cuidados do bebê e lhe ofereça o espaço de resguardo necessário para fazer o investimento libidinal que sustentar um bebê exige. No contexto da pandemia, contudo, tais redes foram obrigadas a se afastar em prol da saúde de todos, de forma que as mães, internadas ou não, passaram a vivenciar o puerpério de forma mais solitária.

No caso das pacientes atendidas pela LCMB, a presença de visitas foi extremamente reduzida, e a de acompanhantes ficou restrita aos momentos imediatos pré e pós-parto, e ao parto em si. Tais medidas justificam-se pelas usuárias da LCMB serem grupo de risco para o COVID 19, especialmente à variante P1 do vírus, cuja mortalidade materna no RS é expressiva. Diante do vazio deixado pelos acompanhantes, para algumas gestantes e puérperas foi possível a construção de novos laços entre si. Para outras, o sofrimento despertado por essa ausência inesperada era insuportável.

Enquanto (futuras) psicólogas, frente às mais diversas respostas das pacientes ao seu desamparo, nos coube escutar a singularidade de cada uma e acolher o sofrimento em questão. Através do “*holding do holding*”, um cuidado sensível de sustentação, foi possível

acompanhar essas mulheres adentrando a experiência da maternidade, para elas poderem se reinvestir na relação com seus bebês. Essa experiência, intensa para elas e para as terapeutas, consistia em compartilhar um pouco do “peso” da “barra que seguravam”, até então, sozinhas, de forma a amenizar o seu desamparo.

Talvez a experiência no hospital em meio à pandemia do Coronavírus tenha evidenciado, para quem pôde acompanhar e estar atento (como essa equipe), o desamparo inerente à condição dessas pacientes de forma ainda mais exacerbada. Consequentemente, ressaltou também a importância do direito ao acompanhante, presença fundamental na experiência das parturientes, e os efeitos prejudiciais da sua ausência. Apesar de termos conseguido, em algum nível, suprir a necessidade de amparo das pacientes, vale ressaltar que o suporte oferecido pela psicologia difere daquele oferecido pelo acompanhante familiar. Cada um destes possibilita um tipo de “*holding* do *holding*”, de forma que a defesa da presença do acompanhante e da psicologia na maternidade é essencial para o bem-estar das parturientes. Acompanhadas elas teriam a oportunidade de viver de forma mais amparada a experiência tão singular e importante que é o nascimento de um filho.

Referências

- Arreguy, M. E. (2011). Fragmentos clínicos sobre uma dita parentalidade tóxica. *Estudos de Psicanálise, Belo Horizonte*, (35), 75–86. Recuperado de <http://www.cbpc.org.br/fragmentostoxica35.pdf> Acesso em 09 out. 2021.
- Benavides, F., & Boukobza, C. (1997). A Clínica do Holding. In D. B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e sua família* (pp. 89 - 106, De Calças Curtas, 1). Salvador, BA: Ágalma.
- Bernardino, L. M. F. (2008). A Angústia na Clínica Psicanalítica com Bebês e seus Pais. *Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre, Porto Alegre*, 35, 21-29. Recuperado de <https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista35-1.pdf> Acesso em 12 out. 2021.
- Birman, J. (2020). *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro, RJ: José Olympio.
- Boukobza, C. (2000). Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba, Curitiba, IV(4)*, 16-27. (Psicanálise e clínica de bebês).
- Boukobza, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê. In L. M. F. Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl. *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 15 - 26). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Campana, N. T. C., Santos, C. V. M., & Gomes, I. C. (2019). De quem é a preocupação primária? A teoria winnicottiana e o cuidado parental na contemporaneidade. *Psic. Clin., Rio de Janeiro*, 31(1), 33 – 53. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n1/03.pdf> Acesso em 18 out 2021.
- Chatelard, D. S. (2004). Algumas considerações teóricas acerca de uma experiência hospitalar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 4(2), 349-357. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/09.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). O processo de implantação das redes temáticas pactuadas no SUS. In CONASS. *Para entender a gestão do SUS - A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: CONASS. Recuperado de <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em 03 out. 2021.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 22 de set. 2021.
- Dauer, E. T., & Martins, K. P. H. (2015). Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. *Cad. Psicanál.-CPRJ, Rio de Janeiro*, 37(32), 43-60. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v37n32/v37n32a03.pdf> Acesso em 9 out. 2021.

- Decreto N° 20.500* (2020, 16 de março). Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19) aos órgãos e as entidades da Administração Pública Municipal Direta e Indireta. Porto Alegre, RS: Prefeitura Municipal. Recuperado de http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3270_ce_284968_1.pdf Acesso em 30 set. 2021.
- Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. (2020a). Defensoria Pública recomenda que hospitais do RS garantam presença de acompanhantes de gestante durante internação (24 jun. 2020) Recuperado de <https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202005/06175309-direitos-das-gestantes.pdf> Acesso em: 04 ago 2021.
- Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. (2020b). *Cartilha de Direitos das Gestantes*. Núcleo de Defesa da Mulher. Recuperado de <https://www.defensoria.rs.def.br/defensoria-publica-recomenda-que-hospitais-do-rs-garantam-presenca-de-acompanhantes-de-gestante-durante-internacao> Acesso em: 19 out. 2021.
- Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. (2000). Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, USP, 34(3), 316 - 19. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WmH6wLKd4vXgSC9gnfFkMXG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 set. 2021.
- Diniz, et al. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup, S140-S153. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 18 out. 2021.
- Dodou et al. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 262 - 269. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 18 out. 2021.
- Ferrari, A. G., & Silva, M. (2021). Indagações contranormativas sobre os usos dos conceitos de “função materna”, “função paterna” e “maternagem”. In J. Stona (Org.). *Relações de Gênero e Escutas Clínicas* (pp. 141 - 158). Salvador: Devires.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1138200700020002&lng=pt&tlng=pt Acesso em 06 out. 2021.
- Freud, S. (1990a). Inibições, sintomas e angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

- Freud, S. (1990b). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 403-466). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1950]).
- Grupo Hospitalar Conceição. (2020). “GHC é referência para casos suspeitos e confirmados de Covid-19”. Recuperado de <https://www.ghc.com.br/covid/> Acesso em 29 set 2021.
- Grupo Hospitalar Conceição. (2021). “Quem somos”. Recuperado de <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1> Acesso em 04 ago 2021.
- G1 RS. (2020, 16 de março). *Hospitais do RS restringem visitas e suspendem atividades por causa de pandemia do coronavírus*. Recuperado de <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/03/16/hospitais-do-rs-restringe-m-visitas-e-suspendem-atividades-por-causa-de-pandemia-do-coronavirus.ghtml> Acesso em 29 set. 2021.
- Iaconelli, V. (2020). Reprodução de corpos e sujeitos: a questão perinatal. In D. Teperman; T. Garrafa; & V. Iaconelli (Orgs.). *Parentalidade*. (pp. 71-86, Coleção Parentalidade & Psicanálise, Vol. 1). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Klautau, P., & Faissol, K. (2016). Do Nebenmensch ao Unheimlich: a presença da alteridade no processo de construção da subjetividade. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 11(21), 66-76. Recuperado de http://www.isepol.com/asephallus/numero_21/pdf/6-Do_nebenmensch_ao_unheimelich.pdf Acesso em 08 ago. 2021.
- Kupermann, D. (2009). Figuras do cuidado na contemporaneidade: testemunho, hospitalidade e empatia. In Maia, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado* (pp. 185-204). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1991). *Vocabulário da Psicanálise* (11a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes. Recuperado de <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Laplanche-e-Pontalis-Vocabulario-de-Psicanalise.pdf> Acesso em 20 set. 2021.
- Lei Nº 8.069. (1990, 13 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm Acesso em 22 set. 2021.
- Lei Nº 8.080. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em 22 set. 2021.
- Lei Nº 11.108. (2005, 7 de abril). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

- Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em 05 ago 2021.
- Mamede, F. V., & Prudêncio, P. S. (2015). Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 36(esp), 262-266. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Gf3NS7vqwDzLVV77RVrPjFJ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 23 ago. 2021.
- Martini, I. I. (2014). Um olhar psicanalítico em uma enfermaria de alto risco obstétrico. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 21(2), 327 - 341. Recuperado de <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/158> Acesso em: 20 jan. 2020.
- Martins, C. P., Nicolotti, C. A., Vasconcelos, M. F., & Melo, R. A. (2014). Humanização do Parto e Nascimento: pela Geração de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas. In: Ministério da Saúde/ Universidade Federal do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento* (Cadernos Humaniza SUS, 4, pp. 9-18). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf Acesso em 22 set 2021.
- Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (Série B, Textos Básicos de Saúde, 6). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf Acesso em 19 set. 2021.
- Ministério da Saúde. (2011). Rede Cegonha. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf Acesso em 22 set. 2021.
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Cegonha. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha> Acesso em 03 out. 2021.
- Ministério da Saúde. (2020). *Nota Informativa Nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS: Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf Acesso em 28 out. 2021.
- Ministério da Saúde. (2021). *Painel Coronavírus*. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 30 set. 2021.
- Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. (2016). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em: 11 set. 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 19 set. 2021.

Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. (2019). *Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério*. São Paulo, SP: Hospital Israelita Albert Einstein. Recuperado de <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-pl-anificasus.pdf> Acesso em 11 set. 2021.

Neto, E. T. dos S., Alves, K. C. G., Zorzal, M., & Lima, R. de C. D. (2008). Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.*, 17(2), 107-119. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwwfpBRd88Bcd6bzsTp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 23 ago 2021.

Organização Mundial de Saúde. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Recuperado de <https://covid19.who.int/> Acesso em 29 set. 2021.

Osís, M. J. M. D. (1998) Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, 14(Supl. 1), 25-32. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 20 set. 2021.

Passos, C. F., Neves, A. S., & Menezes, L. S'A. (2018). Prolegômenos do desamparo na psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 21(3), 525-544. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/KkbNGcx4VqJkrRDRP7wdBbD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 19 out. 2021.

Pereira, M. E. C. (2008). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

Portaria N° 569. (2000, 1 de junho). Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em 22 set. 2021.

Portaria N° 1.016. (1993, 26 de agosto). Aprova as Normas Básicas para o Alojamento Conjunto no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html Acesso em 21 set. 2021.

- Portaria Nº 1.459.* (2011, 24 de junho). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em 22 set. 2021.
- Portaria Nº 2.436,* (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 22 set. 2021.
- Prata, A. K. A. V. (2016). *Apoio e sustentação ao desamparo materno: uma escuta psicanalítica* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica - área de concentração: Psicanálise, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19161> Acesso em 9 out. 2021.
- Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA. (2020a, 02 de abril). Conceição e Clínicas atendem somente casos graves. *Prefeitura Municipal de Porto Alegre*, Comunicação Social (P. Coelho). Recuperado de http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cs/default.php?reg=999209067&p_secao=3&di=2020-04-02 Acesso em 29 set. 2021.
- Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA. (2020b, 13 de novembro). Covid-19: Saúde atualiza situação na Capital. *Prefeitura Municipal de Porto Alegre*, Saúde (T. da Rosa). Recuperado de <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/covid-19-saude-atualiza-situacao-na-capital> Acesso em 29 set. 2021.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 16(1), 85 - 96. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf> Acesso em 10 out. 2021.
- Rosa, C. D. (2009). O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. *Natureza Humana*, 11(2), 55-96. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000200003&lng=pt&tlng=pt Acesso em 13 out. 2021.
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - SES RS. (2020). *Nota de Alerta SES RS: Mortalidade Materna por COVID-19.* Recuperado de <https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/17113003-mortalidade-materna-por-covid-19.pdf> Acesso em 28 out. 2021.
- Siqueira, T. S. et al. (2021). Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by COVID-19 in Brazil: a national population-based ecological study. *The Lancet - Regional Health, Americas*, 3(10076). Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00072-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00072-7/fulltext) Acesso em 28 out. 2021.

- Tatsch, J. (2021). Mortes de gestantes e puérperas por Covid-19 disparam no RS em 2021. *Jornal do Comércio* (Saúde, 05 jul. 2021). Recuperado de https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/especiais/coronavirus/2021/07/800122-mortes-de-gestantes-e-puerperas-por-covid-19-disparam-no-rs-em-2021.html Acesso em 28 out. 2021.
- Wanderley, D. B. (2002). Se eu fosse um bebê e pudesse contar... sobre a transferência na clínica com bebês. In L. M. F. Bernardino & C. M. F. Rohenkohl. *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 117-128). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Wiles, J. M. & Ferrari, A. G. (2020). Do cuidado com o bebê ao cuidado com o educador. *Psicologia Escolar e Educacional* [online], 24, 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/2175-35392020213976> Acesso em 07 out. 2021.
- Winnicott, D. W. (1983a). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79 - 87). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 1979 [1963]).
- Winnicott, D. W. (1983b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38 - 54). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 1979 [1960]).
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 195-202). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399 - 405). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2011). Vivendo de modo criativo. In: D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (pp. 23-39). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973 [1970]).
- Winnicott, D. W. (2020). *Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Ubu. (Trabalho original publicado em 1987).