

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PSICOLOGIA

**Ana Luiza da Silva**  
**Rachel Alves Silva**

A MULHER/MÃE NUMA UNIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA  
DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

**Maceió, 2019**

Ana Luiza da Silva

Rachel Alves Silva

**A MULHER/MÃE NUMA UNIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA  
DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA**

Orientadora: Profa. Mariana Costa Falcão Tavares

**Maceió, 2019**

# **A MULHER/MÃE NUMA UNIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA.**

*Rachel Alves Silva*

Graduanda em Psicologia  
Universidade Federal de Alagoas  
[rachel.alves@outlook.com](mailto:rachel.alves@outlook.com)

*Ana Luiza da Silva*

Graduanda em Psicologia  
Universidade Federal de Alagoas  
[analuizamcz@gmail.com](mailto:analuizamcz@gmail.com)

## **RESUMO**

Este trabalho objetiva revisitar as experiências das autoras, estagiárias de Psicologia, no setor neonatal de um hospital público do estado de Alagoas, articulando o saber/fazer psicológico. Analisar, através dos percursos das autoras, sobre como as atividades desenvolvidas no estágio contribuíram para a ressignificação do saber psicológico e assunção de uma identidade profissional comprometida com a realidade em que estão inseridas as mulheres e mães alagoanas: refletir sobre como as mulheres/mães acompanhantes estão inseridas neste contexto, como elas próprias se colocam e como se relacionam com a equipe multiprofissional. Importando, portanto, considerar as questões de gênero, as maternidades, paternidades e as naturalizações que orientam práticas profissionais e reproduzem um pensar biomédico acerca do feminino e do masculino. As informações apresentadas neste trabalho são oriundas dos registros de diários de campo, relatórios de estágio, diálogos e reflexões oportunizados nas supervisões e reuniões com as profissionais do serviço. O referencial teórico-metodológico orienta-se sob a perspectiva feminista de gênero, a qual corroborou uma compreensão crítica, politicamente posicionada e eticamente norteada em relação às tensões e afetos que se enredam no campo de estágio.

Palavras-chave: Gênero, maternidades, paternidades, saúde pública.

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho irá rememorar e refletir sobre os nossos 12 meses de estágio obrigatório em Psicologia, em uma unidade neonatal de um hospital público de Alagoas, em que estivemos juntas, compartilhando experiências, refletindo e acordando modos de fazer, imprimindo nossas características e construindo trajetórias que, muitas vezes, convergiram na

similaridade de posicionamentos éticos e políticos. Sendo assim, a escrita deste trabalho foi guiada pela perspectiva feminista de gênero com viés construcionista que foram tão presentes na nossa formação acadêmica.

O Construcionismo, segundo Gergen (1985) e Spink (2013), tem como foco de observação e estudo os processos cotidianos e defende que a sociedade produz conhecimento através das suas interações sociais, sendo a ciência um reflexo da relação que se pauta com o mundo. Nesta perspectiva social, o construcionismo se propõe a analisar o cotidiano, as maneiras como as pessoas se posicionam diante dele e produzem sentidos nas suas ações, na tentativa de ressignificar conhecimentos, reposicionar práticas e desnaturalizar as construções do dia a dia.

Neste olhar singular, as situações e seus/suas protagonistas são vistos/as como transitórios e não fixos. Com esta desnaturalização do que está posto, para o construcionismo, a ciência consegue refletir a realidade através da vivência do/a cientista no seu campo. Para Gergen (1985), a investigação construcionista preocupa-se com a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem.

Para este trabalho utilizamos diários de campo, relatórios de estágio, diálogos e reflexões postas em campo para escolher, planejar e escrever sobre nossas principais afetações nesta experiência, referentes às vivências das mulheres/mães, relacionadas às maternidades e paternidades, e seu cotidiano no ambiente hospitalar tendo a humanização como um guia para práticas profissionais que perpetuem igualdade de gênero neste contexto.

As mulheres/mães acompanhantes iniciavam sua estadia no hospital, comumente, no momento do parto. Em casos mais delicados, algumas já haviam sido hospitalizadas antes, por estarem em gestações de alto risco seja para elas e/ou para a integridade do/a bebê. Nosso contato com estas mulheres se iniciava depois do parto, quando as crianças eram levadas à unidade neo natal, já que nosso cenário de estágio no hospital se limitava a esta unidade.

Atualmente, este hospital possui uma unidade neonatal composta de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) e UCINCA (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), sendo este último um setor de cuidados humanizados para recém-nascido/a de baixo peso, esses setores foram apresentados em ordem decrescente de gravidade e risco, a trajetória que usualmente o/a bebê faz quando seu estado é muito grave. A unidade neonatal presta assistência especializada às crianças nascidas de gestações de alto

risco, em condições precárias de saúde. Os/as bebês permanecem na unidade neo natal até o momento da alta.

Em relação à alta do/a bebê, o Ministério da Saúde, na portaria 1.683 de 12 de julho de 2007, preconiza que a criança estará pronta para receber alta do método canguru e continuar com assistência ambulatorial após estar pesando, no mínimo, 2.500g.

Na tentativa de compreender a dinâmica relacional entre as mulheres mães e os/as filhos/as neste contexto hospitalar, procurávamos conhecer a história de vida de cada mulher e funções que eram exercidas além da maternidade.

Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher tende a ser visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

A perspectiva feminista de gênero vem questionar o que está posto no senso comum, em que a maternidade é sacralizada, compreendida como gesto altruísta de amor e perpetuação da humanidade. De acordo com este entendimento, ser mãe pressupõe sacrifícios e renúncias que alardeiam uma recompensa de amor sublime. Esta compreensão romantizada tende a guiar práticas profissionais e desconsiderar a pluralidade de experiências possíveis a partir da maternidade.

O estágio na unidade neonatal possibilitou diversas reflexões sobre questões de gênero, implicadas nas tensões cotidianas daquele cenário e de todas as pessoas que ali transitavam, seja na função de profissional da assistência ou da gestão e/ou usuária/o. O entendimento psicanalítico, da nossa preceptora, de que a relação entre bebê e mulher mãe é simbiótica, guiaram as práticas profissionais do saberPsi.

A interação mulher-mãe-bebê, compreendida como alicerce para o desenvolvimento infantil como um todo, e marcada desde o início pelas concepções sobre o parto, deve ser considerada como um processo que se estabelece de forma dual e gradual, no qual a mulher mãe e bebê participam ativamente (FIGUEIREDO, 2003). O vínculo mulher-mãe-bebê proporcionará à criança experimentar sentimentos de confiança e sensação de segurança e bem-estar, sendo de importância vital para o desenvolvimento infantil. Logo, esse laço afetivo deve, sempre que possível, ser estável e harmônico a fim de que se previnam possíveis ameaças à construção do vínculo de apego entre mulher mãe e bebê (Bowlby, 1969/1988).

De acordo com Nóbrega (2009), para a assistência ao binômio mãe e RN (recém nascido/a) como seres holísticos, os/as profissionais de saúde necessitam compreender o problema, planejar e promover assistência eficiente no processo de formação de vínculo. Devem observar a singularidade de cada caso, englobando os aspectos biopsicossocioculturais, pois cada mulher mãe tende a reagir influenciada pela herança cultural e por suas vivências. Portanto, essa assistência deve ser baseada no conhecimento de reações, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes.

A saúde do/a bebê está associada ao bem-estar da mulher mãe e, como também, ao do pai. E por esta percepção nossos atendimentos tinham como foco as mulheres/mães acompanhantes e outros membros da família da criança que se fizessem presentes na rotina hospitalar. Alterações negativas no quadro clínico da criança hospitalizada é um importante fator estressor para a mulher mãe acompanhante e, naturalmente, os/as outros/as familiares que acompanhavam os/as bebês de perto.

Este contexto significou também um convite à reflexão sobre as paternidades e as experiências dos homens, pais de crianças hospitalizadas, num ambiente majoritariamente feminino e sua relação com a maternidade. E sobre como os saberes da saúde contribuem para a reprodução das estruturas sociais e das relações de poder.

De acordo com Yamamoto (1987), a Psicologia cresceu comprometida com o capital e o consumo, servindo principalmente de suporte científico das ideologias dominantes e de auxílio na perpetuação do *status quo* ao longo de seu percurso de legitimação social. Em função disso, Dimenstein (2000) considera que a Psicologia muito pouco exerceu, ou vem exercendo, um papel questionador e transformador das instituições e das relações pessoais.

## **2. DESIGUALDADE DE GÊNERO ENQUANTO UM ELEMENTO ESTRUTURANTE DAS NOSSAS AFETACÕES**

### **2.1. Gênero:**

Scott (1993, p. 72) definiu gênero como “elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo o gênero o primeiro modo a dar significado às relações de poder”. Trazer, para os cenários de saúde, discussões sobre como vem sendo construída a relação entre homens e mulheres, num contexto social amplo,

representa uma provocação e oportunidade de refletir sobre aspectos que interferem no cuidado à saúde, na concepção de saúde e nos modos de fazer dos/as profissionais.

O enfoque de gênero, segundo Hamann e Costa (2000), contribui para a reflexão teórica e as práticas sociais exercidas na modificação de fenômenos relacionados ao processo de saúde/doença, a partir do momento em que os determinantes e os processos de mediação do mesmo passaram a ser vistos sob perspectivas mais amplas. E, por isto, também trazemos um convite à importância da interdisciplinaridade profissional e da construção de formações curriculares que deem conta das demandas trazidas pelas discussões e tensões da atualidade, como o olhar feminista vem discutir a desigualdade de gênero.

## **2.2. Papéis que travestem a feminilidade:**

Na nossa experiência notamos que o período de hospitalização das crianças recém-nascidas, que muitas vezes perdura por meses, constitui um momento delicado para todas as pessoas que são ligadas a elas e, sobretudo para as mulheres mães acompanhantes. Pois estas, no contexto hospitalar, constituem uma figura central ao redor da qual gira toda dinâmica familiar. Estas mulheres, na condição de mães acompanhantes, vivem situações ímpares em suas histórias de vida pelo espectro de sentimentos e emoções variadas que permeiam aquele momento.

Um grupo social específico é formado ao redor desta mulher: esposo/a ou companheiro/a, outros/as filhos/as e avôs/ós que comumente tem a expectativa de que a mulher continue desempenhando papéis que são imprescindíveis à família, seja como esposa, mãe, trabalhadora ou filha. Foi comum às mães narrarem, além das agruras ligadas diretamente ao processo de adoecimento das crianças hospitalizadas, as muitas atividades exercidas no âmbito familiar, tais como a educação dos/as outros/as filhos/as, tarefas domésticas e cuidados com o/a esposo/a. Notamos que as mulheres, mesmo quando afastadas de profissões vinculadas ao ato de cuidar, possuem em suas jornadas o cuidado com seus/suas familiares, seja porque eles/as se encontram em desenvolvimento e necessitam de suporte educacional ou porque são pessoas idosas que carecem de cuidados intensos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher (2004), as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros/as familiares, pessoas idosas, com deficiência,

vizinhos/as, amigos/as. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

Neste contexto, quando afastadas das suas rotinas, muitas as mulheres pareciam se sentir culpadas por não estarem desempenhando as rotinas de cuidado que lhes são corriqueiras. Havia também a preocupação com o aspecto profissional, uma vez que não são poucas as mulheres responsáveis pelo sustento da família e, naturalmente, a hospitalização dos/as filhos/as em UTI e/ou UCI as afastavam por tempo indeterminado de suas atividades profissionais sem que houvesse o conforto da seguridade da manutenção dos seus empregos e do gozo das licenças maternidades, pois muitas retiravam seu sustento de trabalhos informais.

Durante as escutas que fizemos, foi comum encontrarmos falas angustiadas das mulheres que estavam deixando em casa outros/as filhos/as sob os cuidados de familiares e até mesmo vizinhos/as. Muitas não contavam com o apoio emocional e/ou financeiro dos pais das crianças e se viam solitárias no período de hospitalização dos/as filhos/as e até mesmo nas suas rotinas vividas longe do hospital.

Pensamos sempre nas mulheres mães de modo holístico, na tentativa de compreender além da dinâmica relacional entre ela e o/a filho/a. Por trás de cada mulher, havia uma história de vida, uma cultura, crenças, valores e significados que foram essenciais para não reduzi-las somente à maternidade. O protagonismo das mulheres mães em relação às melhoras dos/as filhos/as hospitalizados/as não poderia retrainir ou aniquilar outras potências destas mulheres.

Neste contexto, diante das demandas trazidas por elas próprias, nos atendimentos, criamos atividades lúdicas a fim de discutir no coletivo questões que são caras ao universo feminino sem reduzir as vivências das mulheres à maternidade. Mas, também, com a preocupação de torná-las mais confortáveis no exercício da maternidade, uma vez que muitas estavam sendo mãe sem planejamento. De acordo com o calendário de programações preestabelecidas pelo hospital e disponibilidade da nossa preceptora, sugerimos temas para serem discutidos e oficinas a serem feitas que possibilitassem a fala, a reflexão sobre planejamento familiar, maternidades, amamentação, a inclusão dos pais/homens na função de cuidado, construção da autonomia financeira como uma importante aliada das mulheres, violência doméstica contra as mulheres etc.

Comprendemos que nossas oficinas tiveram um papel importante tanto para as mulheres mães acompanhantes, os pais/homens e a família da criança, como um todo, quanto também para a equipe multiprofissional. Pois, percebemos que nas atividades propostas

algumas pessoas (usuárias, familiares ou profissionais) puderam experimentar novas reflexões que questionavam o que já estava posto, seja na cultura institucional ou nas suas relações pessoais e, com isto, abriram espaço para novas condutas e construção de uma nova cultura. Assim, por trazermos discussões novas naquele espaço, também causamos estranhamento.

Por outro lado, conseguimos avançar no que diz respeito à construção da nossa própria identidade profissional e na percepção das dificuldades que profissionais da Psicologia podem encontrar nos espaços de saúde quando propõem modos de fazer que destoam, de algum modo, com as naturalizações sociais encontradas dentro e fora do ambiente hospitalar. No nosso caso, a reflexão crítica sobre as questões de gênero naquele ambiente.

Socialmente, é imputado às mulheres o lugar de cuidadoras. As atividades oriundas do ato de cuidar tendem a ser distribuídas às mulheres e naturalizadas como um dever intrínseco e exclusivo da condição feminina. Segundo Scott (1995, p.86), gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. Dessa forma, a expectativa social sobre o feminino reverbera na vida íntima e também profissional. No hospital não era diferente: a equipe da unidade neonatal era composta, majoritariamente, por mulheres. Contudo, a demarcação hierárquica entre os saberes-fazeres profissionais e os cuidados das mulheres mães tensionavam algumas relações e deixavam evidente a fronteira entre as mulheres que davam as regras e as mulheres que as seguiam. Bourdieu (1999) discorre acerca da "dominação simbólica" sobre todo o tecido social, corpos e mentes, discursos e práticas sociais e institucionais; (des)historiciza diferenças e naturaliza desigualdades entre homens e mulheres. Esta naturalização esteve presente no cotidiano do hospital na relação da/o profissional com as mulheres mães e os homens pais referente ao cuidado com a criança, o que nos fez refletir e buscar desconstruir esta lógica nos espaços de discussão no estágio.

### **2.3. O homem convocado ao cuidado com os/as filhos/as**

A partir de uma ótica, orientada pelos estudos de gênero que ganharam força no meio acadêmico brasileiro, as discussões sobre as paternidades tem sido mais frequentes e vistas como fundamentais para a construção de uma sociedade mais equânime e harmoniosa entre homens e mulheres. Para Bourdieu (1999), a dominação masculina estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Neste contexto, para que a divisão de tarefas entre homens e mulheres, pais e mães, se consolidem de modo mais equilibrado e igualitário, se faz necessário reconhecer a importância dos homens pais no longo processo de

educação das crianças, que transita entre as esferas sociais e individuais, de caráter afetivo, subjetivo e psíquico.

Complexificadas por elementos individuais, sociais, subjetivos e objetivos, vivências das paternidades são singulares para cada sujeito. Ao pensarmos num papel e/ou função própria do homem pai, estamos, automaticamente, repensando nas relações sociais de poder que se exercem no cotidiano e reforçam a desqualificação da figura paterna no exercício do cuidado com crianças. Admitir a possibilidade de que homens possam desenvolver uma especificidade masculina no processo de educação dos/as filhos/as, implica em desconstruir abordagens equivocadas que tratam o homem sempre como o algoz na relação de paternidade, abrindo possibilidades para que este possa ser protagonista nos processos de cuidado infantil (MEDRADO, 1998). Por se tratar de uma realidade com múltiplas possibilidades, as paternidades reúnem variadas expressões.

Se a discussão sobre as posições de gênero nos possibilitou, modernamente, a reflexão sobre o exercício da paternidade e suas possibilidades, podemos reconhecer o lado positivo e comportamento cuidadoso de vários homens e o potencial deles para adotar atitudes mais igualitárias, respeitadas e cuidadosas em seus relacionamentos (BARKER, 2003).

São muitos os ganhos para as crianças, os homens pais e as mulheres mães, quando homens pais e filhos/as estabelecem uma relação próxima. O vínculo construído entre um/uma adulto/a e uma criança é fundamental para o desenvolvimento e sobrevivência desta, já que são muitas as responsabilidades que o/a adulto/a tem que realizar em sua vida para prestar uma assistência à criança (CARVALHO, 2001).

Para as crianças, a participação do homem pai em suas vidas as torna fisicamente mais saudáveis, emocionalmente mais seguras e mentalmente mais perspicazes, com melhor desempenho em testes de inteligência (UNICEF, 2001) e a manutenção do sentimento de solidariedade humana, pertencimento social e igualdade, que são essenciais para o seu bem-estar (ONU, 2000).

Enquanto estagiárias de uma unidade neonatal, uma das nossas atribuições era acompanhar a dinâmica familiar no entorno da criança hospitalizada. Como já frisamos, o tempo de hospitalização da criança recém-nascida – que varia de dias a meses e até mesmo, nos mais severos casos, por anos – é também um tempo de reclusão social da mulher mãe acompanhante que permanece instalada no hospital, junto a outras mulheres mães, durante este período. A experiência no hospital nos mostrou que as mulheres que recebem apoio

constante dos homens pais das crianças mantiveram-se mais fortes e confiantes durante o período de hospitalização da criança. Cotidianamente, importa que a rede de apoio das mulheres se faça presente durante este momento. As figuras dos/as avôs/ós mostraram-se muito importantes – justamente por este reconhecimento, havia um dia da semana dedicado à visita destes entes familiares às crianças hospitalizadas. Entretanto, a figura paterna proporcionava às mulheres mães acompanhantes um alento maior, pois com seus esposos, companheiros e namorados, as mulheres repartiam igualmente a sensação angustiante de ter um/a filho/a hospitalizado/a.

Embora não tenhamos encontrado resistência do hospital no tocante ao direito do homem acompanhar e assistir o nascimento do/a filho/a – direito preconizado pela Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, garantidora de acompanhamento no parto, escolhido pela parturiente no pré-parto, parto e pós-parto imediato – o ambiente do hospital nem sempre está preparado para receber pessoas do sexo masculino na posição de cuidadores, mesmo quando são os homens pais das crianças.

A não adaptação do hospital em que estivemos estagiando à recente necessidade de incluir os homens/pais nos cuidados com os/as filhos/as e às mulheres mães das crianças durante a vivência do pós-parto passa por várias questões estruturais, as quais vão desde o fato de algumas mulheres/mães se sentirem incomodadas com a presença masculina neste espaço colocando em risco a segurança delas, até o despreparo dos/as profissionais de saúde para estimular a desconstrução do binômio tradicional de pai-provedor e mãe-cuidadora. Algumas posturas e práticas profissionais não promovem espaço para a criação de novas relações de gênero, denegando ao homem a capacidade de cuidar das crianças de modo satisfatório ou colocando-o num lugar de supervalorização em relação à mulher quando ele o faz.

A integração dos homens aos cuidados com familiares – especialmente, nos espaços de saúde – deve ser estimulada e pensada como um elemento fundamental para equilibrar as onerosidades do ato de cuidar, para que não se tenha neste uma função somente das mulheres. As reflexões sobre gênero implicam nas alterações dos modos de fazer de cada profissional de saúde e é importante que sejam trabalhadas desde o início da formação.

“Ajudar os pais (homens) a se sentirem positivos sobre eles mesmos, sobre suas habilidades no cuidado com as crianças, pode aumentar sua motivação para dedicar mais tempo a elas” (CARVALHO, 2001, p. 25). Assim, os homens pais necessitam de suporte

instrumentalizador nas questões de desenvolvimento infantil e que valorizem as relações afetivas construídas com as crianças, e os serviços de saúde configuram a materialização do início do estabelecimento do contato e vínculo físico entre homens pais e filhos/as.

#### **2.4. Muitas mulheres cabem numa mãe**

Durante o tempo em que acompanhamos, enquanto estagiárias de Psicologia, as atividades da unidade neonatal, refletimos sobre como nossa formação estaria nos capacitando a encarar aquele campo tão vasto em termos de experiências. Num primeiro momento, houve um sentimento de impotência diante do campo, a sensação de que nossas ações, enquanto profissionais Psi, não supririam, sozinhas, as demandas trazidas por ele.

Com as orientações da nossa preceptora, o acompanhamento do trabalho que ela desenvolvia e o início dos nossos atendimentos individuais, fomos ganhando autonomia e a sensação de impotência foi sendo amenizada ao passo que a autoconfiança nos nossos modos de fazer foi aumentada. O primeiro contato que tínhamos com as mulheres costumava ser logo após o parto, neste primeiro momento elas respondiam, à medida das suas possibilidades, um questionário semiestruturado criado por nós, para que pudessemos conhecer melhor a realidade de cada mulher com quem, naquele instante, começávamos a construir um vínculo terapêutico.

No hospital público conhecemos muitas mulheres, com vivências e narrativas diferentes. E vivenciando um momento da vida que as levava a compartilhar de preocupações similares: a hospitalização dos/as filhos/as. Então, não poderíamos deixar de notar que as emoções eram parecidas e faziam com que aquelas mulheres, num contexto grupal, pudessem oferecer apoio e força umas às outras. Considerando a dimensão positiva da coletividade em que estas mulheres estavam inseridas, construímos intervenções no contexto grupal, tais como salas de espera, oficinas terapêuticas e atendimentos grupais.

Dimenstein (2000) salienta que é preciso que terapeutas e pacientes compartilhem de um mesmo “projeto psicoterápico”, ou seja, é preciso que haja um olhar empático de um/a para o/a outro/a. Esta posição irá promover o vínculo entre terapeutas e pacientes, mesmo quando ambos/as partilharem de visões diferentes de mundo e culturas diferentes. Arriscamos dizer que, no estágio, o ponto de equilíbrio garantidor de que partilhássemos sempre do mesmo projeto psicoterápico foi a compreensão de muitas peculiaridades do universo das mulheres, o desejo de deixarmos marcado ali, naquele ambiente por vezes hostil ao feminino

– mesmo enaltecendo a maternidade – que mulheres são muito mais que mães; são pessoas dotadas de potência realizadora em diversos aspectos: são arrimo de família, profissionais, esposas, filhas, amigas, etc.

Numa unidade neonatal, o aprendizado pela equipe é voltar à atenção e os cuidados às crianças. Afinal, naquele momento de vulnerabilidade do processo saúde-doença das crianças, elas necessitam de cuidados especializados e contínuos. Este campo nos provocou reflexões acerca do bem-estar de outras pessoas ligadas diretamente às crianças e que pela lógica do binômio mãe-bebê, necessitavam de atenção; neste caso, as mulheres. Acreditamos que nossas trajetórias acadêmicas que privilegiaram as discussões das temáticas voltadas às mulheres, sempre numa perspectiva feminista de gênero – pensando na emancipação feminina, prezando pela equidade de gênero como um caminho para construir um mundo mais justo e menos hostil às mulheres – direcionaram este olhar e desejo de construir uma lógica de cuidados dentro do campo de estágio.

Segundo Bakhtin (1999), só é possível entender “o outro” (neste caso, a usuária) a partir da constatação de que ele/a não é alguém que está fora de mim, que é estranho a mim, mas como alguém que me constitui, que contribui para o processo de construção de um eu que não me pertence integralmente e que somente existe a partir do olhar do/a outro/a.

Com a experiência ao longo dos atendimentos, pudemos perceber que o projeto psicoterápico se desenhava entre a díade, passando a haver uma interação e uma sintonia, o que se refletiu em aceitação, empatia e possibilidade de ressignificação (Moscheta e cols., 2005). Mesmo que as mulheres mães acompanhantes estivessem ali com a precípua função de cuidar seus/suas filhos/as, sempre pensamos na importância de respeitar a individualidade de cada uma, não resumindo a passagem delas pelo hospital à figura de mães, ressignificando aquele instante, criando possibilidades de notar as mães acompanhantes como mulheres com muitas facetas.

## **2.5 - Formação, humanização do cuidado e empatia nos hospitais**

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2003), a humanização, preconizada pelo SUS – Sistema Único de Saúde –, como um valor de respeito à vida humana, é abordada constantemente nos atuais debates sobre o contexto de saúde, pensando em otimizar a consolidação dos princípios e valores do SUS. A humanização inclui

circunstâncias sociais, éticas, psíquicas e educacionais que contemplam a subjetividade de toda pessoa e suas relações interpessoais.

Para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

Neste ínterim, a formação dos/as profissionais da saúde requer a amplitude da base conceitual e possibilidade de pensar no processo de saúde-doença como um fenômeno complexo, motivado por diversos fatores que nem sempre estão limitados ao campo biológico. Esta concepção margeia o cuidado das pessoas de modo ampliado, não limitado ao discurso teórico biologizante, desarticulado das práticas de cuidado que refletem as pessoas como seres sociais e com a sua subjetividade implicada nos processos de saúde-doença. Os currículos precisam se equilibrar, incluindo mais atividades humanísticas sem o detrimento da técnica.

Unindo as concepções de Bazon (1995) e Bock (1999), o/a profissional da psicologia não pode mais manter uma visão estreita de sua intervenção, pensando-a como um trabalho voltado para um indivíduo, como se este vivesse isolado, não tivesse a ver com a realidade social. É preciso compreender qualquer intervenção, seja no nível individual, grupal ou institucional, como uma intervenção social, para que sua visão seja ampliada, na medida em que seus agentes não vivem isolados, mas estão imersos em uma realidade social, construindo-a e sendo construídos por ela. Dessa maneira, qualquer intervenção, mesmo que no nível individual, deve ser vista como uma intervenção social e, neste sentido, posicionada (Bock, 1999).

Na unidade neonatal, nossa experiência nos conecta ao desejo de que a humanização seja mais que um caminho para a melhora das técnicas voltadas aos cuidados infantis. Pensamos que ela também pode ser um recurso para a elaboração de técnicas para mulheres/mães acompanhantes terem experiências melhores nos hospitais e até mesmo a formulação de políticas públicas de saúde para mulheres.

Esta concepção mais global dialoga com o princípio de integralidade, também preconizado pelo SUS, eixo fundamental das políticas públicas e norteador da formação dos/as profissionais de saúde. A humanização também está diretamente ligada aos

compromissos da saúde com os direitos humanos: à garantia de acesso aos serviços de saúde e à possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, entendida como encontro de subjetividades e sujeitos/as de direitos.

Segundo Oliveira (2002), nos espaços de saúde, o encontro físico que acontece em um consultório onde o/a usuário/a busca alívio para seus problemas de saúde também deve ser entendido como um encontro de culturas.

De acordo com a PNH (Política Nacional de Humanização, 2004) humanização também é concebida como uma maneira de transformar culturas institucionais, a partir da reflexão e diálogo sobre práticas contra a violência institucional na área da saúde. Sendo assim, é possível acessar aspectos que estão além das relações interpessoais e há, por outro espectro, o reconhecimento e valorização da subjetividade de cada profissional que pode intervir diretamente sobre seus modos de fazer saúde.

Não apenas os cursos de graduação, mas também os estágios ofertados (obrigatórios ou não) devem preparar pessoas com capacidade para transformar o conhecimento científico em condutas profissionais e pessoais na sociedade, relativas aos problemas e necessidades dessa sociedade (Botomé, Kubo, 2002).

Conectando a importância da humanização na saúde com a nossa experiência de estágio, é possível afirmar que é necessário discutir e aprofundar esta temática nos espaços de saúde como uma alternativa não só à garantia do acesso universal à saúde, mas como estratégia de fortalecimento da equipe, melhora da prestação de serviços aos(às) usuários/as e, sobretudo, a garantia de que o período de hospitalização de uma pessoa, neste caso especialmente das mulheres, seja mais brando e impacte menos negativamente do ponto de vista emocional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O momento do estágio não marca somente o fim de uma graduação, ele, comumente, também representa o encontro entre a técnica/teoria apreendida, acumulada e a ansiedade da prática, a possibilidade de tocar o sensível através do elo, sempre em processo de construção, do conhecimento. Assim, é um momento de muita expectativa e desafios.

Este estágio ampliou o nosso horizonte de pensamento crítico sobre as questões de gênero, maturou nossa relação com a psicologia, nos ajudou a articular os estudos com a prática, a refletir como a humanização é uma importante aliada dos/as profissionais dentro dos hospitais para que se possa atender com mais empatia e de modo a impactar menos negativamente a experiência do/a paciente no hospital.

Numa unidade neonatal, as questões de gênero possibilitam ricas discussões e tecem possibilidades de modos de fazer que, quando orientados por uma perspectiva de gênero feminista, implicam na assunção de posturas que desonerem as mulheres do lugar de exclusividade do cuidado, dialoguem sobre a inserção dos homens e pais nestes espaços como um modo de posicionar os gêneros de modo equitativo, fazendo com que filhos/as e pais usufruam da construção de uma relação afetiva com mais proximidade; provoquem profissionais de saúde a repensarem sobre suas práticas e a adotarem posturas mais empáticas em relação às famílias que circulam neste espaço e, principalmente, descortinem a visão das mulheres sobre elas próprias, fazendo-as perceber que a maternidade é mais uma das capacidades da mulher, mas não a única.

Este artigo pretende provocar reflexões sobre as posições de gêneros, num contexto mais amplo e, especialmente, como estas posições se traduzem em diferenças sobre as expectativas das funções sociais exercidas pelas mulheres mães e homens pais; colaborando, portanto, para o fortalecimento de culturas institucionais em saúde e modos de fazer que tendem a sobrecarregar as mulheres/mães, no fução de cuidadoras e ajudam na perpetuação da naturalização de que o homem/pai não tem a mesma importância que as mulheres mães na condução da educação e cuidados com as crianças.

Também entendemos que a formação curricular dos/as profissionais em saúde, devem produzir nestes/as a capacidade de sempre vincular o valor de humanização à técnica como um modo de atender bem, viabilizar a saúde e democratizar as relações interpessoais nos ambientes de saúde.

## REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução de M. Lahud e Y. F. Vieira. 9 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

BARKER, G. **AIDS: O que os homens tem a ver com isso?** Disponível em: <<http://www.promundo.org.br>>. Acesso em nov. 2018.

BAZON, M. R. **Psicoeducação: Teoria e prática para a intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial.** Ribeirão Preto: Holos, 2002.

BOCK, A. M. B. **A Psicologia a caminho do novo século: Identidade profissional e compromisso social.** Estudos de Psicologia, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-329, Novembro, 1999.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Originalmente publicado em 1976).

CARVALHO, M. **A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais em uma maternidade pública.** 2001. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** 2003. 80f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DAVIM, R. M. B.; ENDERS B. C.; DANTAS J. C.; SILVA, R. A. R., NÓBREGA, E. J. P. B. **Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto.** Revista RENE. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 37-44, Maio, 2009.

DIMENSTEIN, M. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde.** Estudos de Psicologia. Natal: v. 5, n. 1, p. 95-121, Abril, 2000.

FIGUEIREDO, B. **Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê.** Revista internacional de Psicologia y de La Salud, v. 3, n. 3, p. 521-539, Fevereiro, 2003.

GERGEN, K. **The social constructionist movement in modern Psychology.** American Psychologist, v. 40, n. 3, p. 266-275, Março, 1985.

LYRA, J. **Paternidade adolescente: da investigação à intervenção.** In: ARILHA, M. (Org.). **Homens e Masculinidades: outras palavras.** São Paulo: Editora 34, 1998.

MEDRADO, B. et al. **Homens, por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero.** In: MAC, A. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos.** [S.1]: Fundação Mac Arthur, 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

MOSCHETA, M. S.; OKAJIMA, S. A.; FERREIRA, J. A.; ALÉCIO, S. L. F.; CARDOSO, C. L.; ISHARA, S. ; BAZON, M. R. **Construindo biografias: Uma atividade psicoeducativa**

*com pacientes psiquiátricos e o desenvolvimento da identidade profissional do estagiário em Psicologia.* In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L. & SANTOS, M. A. (Orgs.). **Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática**, p. 421-444. São Paulo: Vetor, 2005.

OLIVEIRA, F. A. **Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication.** Interface \_ Comunic, Saúde, Educ. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, Fevereiro, 2002.

SCOTT, J.. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, Jul/Dez, 1995. Disponível em:  
<<http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=39565>> . Acesso em 03 de jan. 2019.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, p. 22-41, 2003. Disponível em: <  
[http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK\\_Praticas\\_discursivas\\_e\\_prducao\\_FINAL\\_CAPA\\_NOVAc.pdf](http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_prducao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf) > Acesso em 14 de jan. 2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2001.** Brasília: UNICEF, 2001.

YAMAMOTO, O. H. **A crise e as alternativas da Psicologia.** São Paulo: Edicon, 1987.

