

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP

LIDIANE DA SILVA BARBOSA

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO  
RISCO

MACEIÓ - AL  
2023

LIDIANE DA SILVA BARBOSA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO EM UMA MATERNIDADE DE  
ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Low Silva Junqueira

Coorientadora: Ma. Michele Morgana da Silva Souza

Maceió - AL  
2023

# RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Lidiane da Silva Barbosa<sup>1</sup>  
Telma Low Silva Junqueira<sup>2</sup>  
Michele Morgana<sup>3</sup>

## RESUMO

Este artigo apresenta um relato de experiência de um estágio obrigatório em psicologia, realizado em uma maternidade de alto risco de um hospital universitário da rede SUS. Tem como objetivo compartilhar e analisar a inserção da estagiária no serviço e as parcerias e atividades desenvolvidas enquanto psicologia no contexto de uma equipe multiprofissional, dialogando com os preceitos do SUS, para prestar um acolhimento humanizado às mulheres-mães, não reduzindo-as a maternidade, como também, evidenciar as dificuldades encontradas para realizar o acolhimento de forma humanizada por questões de espaço físico e fragilidade de diálogo entre/com a equipe multiprofissional.

**Palavras-chaves:** Maternidade; Psicologia no contexto hospitalar, Acolhimento, SUS.

## ABSTRACT

This article presents an experience report of a mandatory internship in psychology, carried out in a high-risk maternity hospital of a teaching hospital of the SUS network. It aims to share and analyze the insertion of the intern in the service and the partnerships and activities developed as psychology in the context of a multidisciplinary team, dialoguing with the precepts of the SUS, to provide a humanized reception to women-mothers, not reducing them to motherhood, as well as highlighting the difficulties encountered in carrying out user embracement in a humane way due to physical space issues and fragility of dialogue between/with the multidisciplinary team.

**Keywords:** Maternity; Psychology in the hospital context, Reception, SUS.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: [lidiane.barbosa@fss.ufal.br](mailto:lidiane.barbosa@fss.ufal.br)

<sup>2</sup> Professora adjunta de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: [telma.lovv@ip.ufal.br](mailto:telma.lovv@ip.ufal.br)

<sup>3</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Especialista em Psicologia Hospitalar, Saúde Pública e Psicologia Social; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: [morganapsi@hotmail.com](mailto:morganapsi@hotmail.com)

## Introdução

A gestação, o parto e o puerpério são fases de mudanças (fisiológicas, físicas, emocionais) na vida de mulheres e outras pessoas com útero que gestam. Quando se trata de uma gestação de alto risco, a hospitalização se torna mais frequente, podendo ocasionar o afastamento do meio familiar, gerar angústias, deixando algumas mulheres mais fragilizadas, demandando acompanhamento psicológico. Neste estudo, a psicologia da saúde no contexto hospitalar está inserida em diversos setores do hospital, mas vamos focar aqui no setor da maternidade, em uma equipe multiprofissional, que atua com pessoas com gravidez de alto risco, que, segundo (BRASIL, 2012, p.11).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco.

Historicamente, o cenário do parto era o ambiente domiciliar, sem grandes aparatos e tecnologias, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira. Contudo, estudos feministas de gênero e/em diálogo com o debate sobre parto humanizado, destacam o quão o processo de gestar e parir passou a ser instrumentalizado e institucionalizado, sendo capturado pelo poder-saber biomédico, que retirou das mulheres, gestantes e parturientes e parteiras, o protagonismo e o deslocou para as equipes de saúde. Camila Medeiros (2021), em seu livro “Meu corpo, regras do Estado: A violência obstétrica como controle de corpos no Brasil”, destaca a violência obstétrica como controle de corpos no Brasil, ao explicar que

[...] com a Inquisição na Europa, na Idade Média, esses conhecimentos<sup>1</sup> foram usurpados e as parteiras perseguidas, enquanto surgia a institucionalização da medicina com o homem branco no papel de médico. O homem, com total desconhecimento da biologia da mulher cis, transformou todos os processos naturais, como a menstruação, o parto e a plenipausa (menopausa) em manifestações de doenças, eventos perigosos e passíveis de serem medicalizados. [...] com o aumento do número de médicos e de hospitais no século XX, ocorreu enorme incentivo ao parto hospitalar, surgindo várias formas de boicote ao parto domiciliar e às parteiras. Por causa disso, ao longo do século, as mulheres cis foram deixando cada vez mais de terem autonomia na hora do parto e se encaixando num papel de paciente. (MEDEIROS, 2021, p. 20-21)

---

<sup>1</sup> A autora se refere aqui aos saberes medicinais, a observação do céu e da terra, de cura, de partejar, que eram passados de modo intergeracional

Diante dessas mudanças históricas no processo de gestar e parir, no século XXI tem sido reivindicado, por parte dos movimentos de mulheres, movimentos feministas, movimento negro e movimento de humanização do parto e nascimento, políticas públicas que garantam a humanização do parto e nascimento e o direito das mulheres e outras pessoas gestantes e parturientes a não sofrerem violências. Assim, os diversos organismos nacionais e internacionais, que fomentam um marco regulatório sobre saúde, como a Organização Mundial de Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde e outros, têm se dedicado a construir indicadores e orientar os países a garantirem os direitos humanos das mulheres, em especial no ciclo gravídico-puerperal.

No Brasil, uma das estratégias do Ministério da Saúde, para o enfrentamento das intercorrências durante a gestação, foi a criação da Rede Cegonha, Portaria Nº 1.549, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que tem como objetivo garantir atendimento seguro e de qualidade para todas as mulheres, sendo estruturada em 4 componentes: pré-natal, parto, nascimento e puerpério, ou seja, um atendimento integral, abrangendo desde o planejamento familiar até depois do nascimento do (a) bebê. Em 2022 a Rede Cegonha, através da Portaria MS 715/2022 (BRASIL, 2023), foi substituída pela Rede Materno e Infantil (RAMI), durante a gestão do Governo Bolsonaro, porém, em janeiro de 2023, após a alternância do poder, de Bolsonaro para o presidente Lula, a portaria que extinguiu a Rede Cegonha foi revogada e ela voltou a ser constituída.

A gestação é vivenciada de forma única e singular por cada pessoa gestante, e quando se trata de uma gravidez de alto risco requer mais cuidados, a ambivalência de sentimentos tende a ser mais acentuada, devido a condição vivenciada.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, o atendimento à gestante de risco deve contemplar uma abordagem integral em todos os níveis de atenção conforme as suas especificidades clínicas, socioeconômicas e demográficas e deve ser constituído por atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências, com o objetivo principal de reduzir os riscos de eventuais complicações para a mãe e/ou feto (BRASIL, 2012).

Nesse cenário a psicologia ocupa um lugar na equipe multiprofissional, para prestar acolhimento às pacientes e seus/suas acompanhantes. Assim, compreendo a gestação como um período complexo e singular, permeado por modificações

fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo fundamental uma abordagem integral, com uma relação horizontal entre a equipe multiprofissional, entendendo que o internamento é uma fase que precisa de integração entre paciente-equipe-família.

Quando se fala em melhoria de atendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), também conhecida como HumanizaSUS (PNH). Esta política existe desde 2003 a fim de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores (as), trabalhadores (as) e usuários (as). Um dos preceitos da PNH é que o (a) usuário (a) se conscientize que ele (a) é parte integrante das construções das políticas públicas, como também do processo saúde/doença. Este processo de adoecimento e produção de saúde será tratado neste estudo, ressaltando que as vivências aqui abordadas fazem parte do contexto de uma maternidade de alto risco.

Culturalmente, ainda há certa romantização do período gravídico-puerperal em que as narrativas parecem focar na essencialização da maternidade e na premissa de que o mais importante é o/a bebê nascer bem e que a pessoa que o/a gesta deve se submeter a todo tipo de sofrimento, sacrifício e até violações. A maioria das gravidezes não são de alto risco e não envolvem, diretamente, processos de adoecimentos, ainda que no hospital que atuei o contexto seja diferente, visto que atende a pessoas gestantes de alto risco. Porém, uma questão comum, é que o emocional da pessoa gestante e parturiente passa por processos de ambivalência de sentimentos. Muitas sentem medo, tristeza, angústia, insegurança, prazer, fortalecimento, todos esses aspectos não necessariamente se opõem e podem ser sentidos concomitantemente.

Compreendo, portanto, que a saúde mental e as questões subjetivas e emocionais, integram o corpo, espiritualidade e vivência das pessoas gestantes, assim como a saúde física. De modo que parece relevante que estejamos atentas e atentos à singularidade de cada pessoa gestante e parturiente, escutando, acolhendo e reconhecendo e validando seus sentimentos, suas dores, suas questões concretas e simbólicas que permeiam o processo de cuidado em saúde da pessoa gestante e da/o bebê.

A motivação e a justificativa para a escrita deste artigo está relacionada com a minha vivência enquanto mulher, mãe e estagiária, que vivenciei a graduação atravessada por uma gravidez não planejada, desde o primeiro período do curso.

Quando criança brincava muito com bonecas e de casinha. A brincadeira mãe e filha, estava entre as minhas preferidas. Na adolescência projetava casar com 23 anos e ser mãe de três filhos (as). Esse sonho era muito condizente com a minha realidade, morava numa cidade do interior, onde “terminar os estudos” significava ter o ensino médio completo. Ao sair do interior e ir morar na capital, um novo horizonte se abriu.

A maternidade cedeu lugar ao trabalho e à graduação e o sonho de ter três filhos (as) foi reduzido para um (a) filho (a) e em futuro bem distante. Porém, faltando dias para encerrar o primeiro período do curso de psicologia, eu descobri que estava grávida. Primeira coisa que pensei: E agora como vou terminar a minha graduação? Hoje, faltando menos de 60 dias para concluir o curso, digo que não foi fácil chegar até aqui, admito que a maternidade me impulsionou de certa forma a não desistir. Mas, foi ela que tornou tudo mais difícil, contudo, o apoio da minha família e, especialmente da minha mãe, foi fundamental para eu prosseguir.

Mainha casou aos 16 anos, com 23 anos já era mãe de um menino e de duas meninas (incluindo eu). Com o falecimento da minha avó, criou os irmãos e as irmãs mais novas, ao todo éramos em 11 pessoas. Talvez o meu sonho de ser mãe de 3 filhos (as) tenha vindo daí. Nunca ouvi mainha reclamar da maternidade, apesar das dificuldades financeiras que passamos, ela não chegou a concluir o ensino fundamental, meu avô não permitiu, dizia que filha dele não iria para cidade estudar (ela morava em um sítio), pois iria virar “rapariga”.

Hoje compreendo que Mainha não teve privilégios e nem direitos assegurados, como na saúde e na educação. Ela foi criada para casar e reproduzir. Durante o período de estágio ouvi tantas histórias parecidas com a dela, e tantas outras parecidas com a minha, foram muitos atravessamentos que me impulsionam a querer discorrer sobre maternidades.

### **Método:**

Este estudo trata de um relato de experiência em uma maternidade de alto risco, a partir das minhas vivências, intervenções, observações e práticas constituídas durante o período de estágio obrigatório, da graduação de Psicologia em uma Universidade pública.

O relato foi desenvolvido a partir de uma nuvem de palavras, que representa um retrato principal da minha vivência no estágio, enquanto mulher-mãe-estagiária. A nuvem foi criada no site [www.mentimeter.com](http://www.mentimeter.com), onde é possível fazer uma pergunta

aberta e obter uma representação visual das palavras que compõem a resposta. Desenvolvi uma pergunta e fui colocando como resposta as palavras mais comuns, marcantes que fizeram/fazem parte da minha trajetória no estágio.

A pergunta/frase para gerar a nuvem de palavras foi: *Vivências de um estar diário em uma maternidade de alto risco*. Cabe ressaltar, que o termo “estar diário” é utilizado pelo meu supervisor de estágio, onde ele pontua que o (a) estagiário (a) tem que vivenciar o estágio “diariamente”, não no sentido literal da palavra, mas no sentido de se envolver, de se permitir estar no estágio. Esse trocadilho de estagiário (a) com estar diário, começou a fazer muito sentido quando eu me percebi inserida no estágio mesmo quando eu não estava lá fisicamente.

### **Nuvem de palavras:**

## **Vivências de um estar diário em uma maternidade de alto risco**



### **Situando o hospital:**

A referida maternidade é localizada em um Hospital Universitário, que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, acho importante mencionar também que daqui em diante irei me referir às pessoas como mulheres-mães, pacientes, usuárias, gestantes, puérperas, já que não atendi pessoas trans masculinas, homens trans ou não-binárias durante os acolhimentos.

No segundo andar fica localizado o centro obstétrico, que possui um posto de enfermagem, três enfermarias, sala de pré-parto e centro cirúrgico. Também no segundo andar é realizada a triagem e ficam internadas as mulheres gestantes que precisam estabilizar o quadro clínico. As mulheres gestantes que estão com o quadro

clínico estável são transferidas para o 6º andar, muitas recebem alta após melhora, e outras seguem internadas por dias ou meses, até o momento do parto.

O sexto andar é todo destinado para a maternidade, o espaço físico é composto por dois postos de enfermagem, 23 enfermarias, podendo variar de 2 a 3 leitos por enfermaria. Compreende também a maternidade, o alojamento conjunto e o espaço das mulheres mães acompanhantes. A maternidade dispõe de UTI/NEO e UCI/NEO, UNCICA (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru) e Banco de Leite.

Os casos mais comuns apresentados pelas mulheres gestantes são: pressão alta, diabetes, infecção urinária e hiperêmese gravídica. A maternidade também é referência no tratamento de gestação molar, diante disso, os números de casos com essas condições se tornam frequentes. As usuárias da maternidade, são oriundas tanto da capital, quanto do interior do estado, em sua maioria apresentam vulnerabilidade social – não possuem um emprego formal, não concluíram o ensino médio e não planejaram a gestação.

Os atendimentos realizados pela psicologia, na maioria das vezes, são solicitados pela equipe médica ou de enfermagem, pois, ao passar a visita de rotina nas enfermarias, a equipe vai identificando as pacientes que “precisam” de atendimento psicológico. Desse modo, as solicitações são repassadas via telefone e/ou sistema eletrônico. Outra forma de atendimento é por busca ativa, ao passar a visita de rotina nas enfermarias, vou conhecendo um pouco das histórias de vida dessas mulheres-mães, buscando compreender qual o significado da gestação para cada uma delas.

No contexto do estágio, eu e mais duas outras estagiárias de psicologia, somos acompanhadas e orientadas pela nossa preceptora, psicóloga do setor, que muito nos auxilia nesse processo de formação diário, e também com um supervisor e uma supervisora docentes. A supervisão docente é compartilhada com outros e outras estagiários (as) de psicologia, que atuam em diferentes cenários no ambiente hospitalar, na atenção básica, em ONGs etc. A supervisão representa para mim um dos momentos mais importantes do estágio. Ali é o local de muita troca e acolhimento, onde consigo visualizar a psicologia em vários contextos diferentes, e ter conhecimento dos maiores desafios enfrentados em cada cenário, como também construir coletivamente estratégias para uma melhor intervenção.

## **Nas tecituras de gestar e parir um relato: o convite a uma escrita situada e afetada**

Estagiar na maternidade não era minha primeira opção. Vivenciei a graduação desde o início imersa na maternidade, ao descobrir uma gestação não planejada e por vezes não desejada, ainda no primeiro período do curso. Sabia que uma gravidez poderia afetar diretamente a minha trajetória na graduação e até mesmo a minha permanência no ambiente acadêmico, e em outros tantos espaços que não conseguia ocupar/permanecer durante e após a minha gestação.

Dentre tantas renúncias, concluir a graduação foi/é uma das minhas prioridades. No 8º período, ao fazer uma visita ao hospital universitário e percorrer por todos os andares, ao chegar no 2º andar, onde fica localizado o centro obstétrico, mais precisamente na sala de parto humanizado, eu revisei minhas memórias, revisitei o meu parto, e não contive as lágrimas. Sai daquela visita com apenas uma certeza, na maternidade eu não quero estagiar! Eu não consigo!

A princípio iniciei o estágio na pediatria. Após uma semana, solicitei a mudança de cenário do estágio devido ao horário que o estágio acontecia, no turno da tarde, o que dificultava minha participação mais ativa na vida e no cuidado com o meu filho. “Optei” por mudar de horário no estágio, pois, mais uma vez, a maternidade teve um peso maior nas minhas escolhas. Com isso, passei a estagiar na maternidade cujo horário de estágio é pela manhã.

As narrativas descritas aqui, aconteceram no período de agosto de 2022 a abril de 2023. Atualmente a psicologia na maternidade, dispõe de uma psicóloga e três estagiárias, devido à intensa demanda, os atendimentos são divididos entre a equipe de psicologia, nós somos responsáveis pelo acolhimento às mulheres gestantes, às mulheres puérperas que estão com os (as) bebês nas enfermarias e aos/às acompanhantes.

Historicamente a maternidade era vista apenas como um momento prazeroso para a mulher. A construção cultural e social é de uma romantização da maternidade, porém a literatura aponta que a maternidade é

considerada um período crítico de transição, biologicamente determinado, capaz de produzir um estado temporário de instabilidade emocional em virtude das mudanças no papel social e na identidade, além das adaptações interpessoais e intrapsíquicas que a mulher precisa fazer. Tal período se estende ao puerpério, que também comporta modificações fisiológicas, assim como mudanças na rotina e no relacionamento familiar (CAMPOS et al., APUD, MALDONADO, 2013, p.1).

Fonseca et al. (2018) destaca que a espera de um (a) bebê gera muitas mudanças em um curto espaço de tempo. Essas mudanças vão muito além do biológico. Lima e Shiavo (2019) destacam que as mulheres na contemporaneidade ocupam várias funções, as mulheres não são mais consideradas apenas como mães, papéis e funções sociais, familiares, profissionais e pessoais podem coexistir com a maternidade, incorporando mais responsabilidade para as suas vidas. Com isso, a maternidade deixa de ser para muitas mulheres um dos papéis e funções sociais mais importantes da vida.

É relevante evidenciar que o direito à maternidade nunca foi universal. Durante o processo de escravização das pessoas negras, as mulheres escravizadas não eram consideradas mães, e sim amas-de-leite, como conceitua Carneiro (2006),

amas-de-leite enunciam corpos femininos, procriadores, aleitadores e escravizados, reconhecidos por nutrirem não seus próprios filhos, mas os filhos de famílias proprietárias. (p. 15)

Desse modo, a maternidade nunca foi e nunca será vivenciada da mesma forma pelas mulheres. Além da figura feminina ser culturalmente condicionada à maternidade, Carneiro (2006) pontua que a reprodução representa também uma simbologia do próprio sistema político que engendra relações desiguais, racializadas e assimétricas nas diferentes classes sociais.

Portanto, a distância social entre uma mãe e outra é desprezada para dar ainda mais consistência à identidade da maternidade como destino inexorável das mulheres, independentemente de sua condição social. Destino que está atrelado ao mesmo tempo às funções dos ventres, portanto, fundada na biologia, e ao “sofrimento expiatório e sagrado”, que está acima da condição humana. (CARNEIRO, 2006, p.312).

No contexto hospitalar da maternidade, a psicologia atua no acolhimento das usuárias e acompanhantes. Toda e qualquer conduta profissional deve ser pautada por princípios éticos e, no caso dos serviços do SUS, nas políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Vejo o acolhimento, uma das diretrizes da PNH, como um dos principais dispositivos da psicologia, pois:

o acolhimento é conceito imbricado no grande princípio do SUS de acesso universal, seja acesso às unidades e serviços (garantia de cuidado), acesso à qualidade de assistência que significa escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e acesso à continuidade do cuidado.

Expressa-se como a construção de uma diretriz política e operacional para responder à necessidade dos usuários de garantia de acesso ao cuidado em saúde. O Acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão, é postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e à integralidade da atenção. (LANSKY; FIGUEREDO, 2014, p.159).

A psicologia no contexto da maternidade que realizei meu estágio atua no acolhimento às mulheres gestantes e puérperas que estão com os (as) bebês nas enfermarias. O acolhimento também é direcionado ao (à) acompanhante. Nos acolhimentos perguntamos se a gravidez foi planejada, desejada, se elas estão em um relacionamento, procuramos identificar se possuem uma rede de apoio e quem participa dessa rede.

As mulheres gestantes da maternidade, na maioria das vezes estão em situação de vulnerabilidade social, são assistidas por programas sociais. Muitas já tiveram abortos anteriores, a maioria relata que a gravidez não foi planejada, mas foi aceita após o descobrimento, outras relatam que a gravidez não foi desejada e expressam a vontade de entregar o (a) bebê para adoção.

Os acolhimentos na maternidade são bem dinâmicos, existem aqueles que não passam de 10 minutos e outros que duram mais de 1 hora. Durante os acolhimentos são relatadas diversas questões como o medo, ansiedade, violências, preocupações externas ao internamento. Observo que algumas mulheres apresentam medo relacionado ao parto, medo de morrer, de perder o (a) bebê, de ter complicações após o parto, e infelizmente alguns desses medos se tornam reais. A maternidade é um local relacionando com a vida, com o nascimento do (a) bebê, mas por ser uma maternidade de alto risco, convivemos com perdas também, aborto, natimorto, má formação, que também geram muita angústia e sofrimento na mulher mãe, que se encontra frente aos conflitos e sentimentos gerados pela idealização de um (a) bebê “perfeito (a)”, imaginário, para um/a bebê “real”.

Diante de perdas, auxiliamos as mulheres na elaboração do luto, processo difícil, vivenciado de forma muito singular por cada paciente e família.

É nosso papel como psicólogos hospitalares favorecer para que este luto possa ser elaborado. Primeiramente abrindo espaço para que se fale deste filho que as pessoas tendem a desconsiderar; verificar se há um desejo dos pais de realizarem algum procedimento ritualístico e favorecer para que o mesmo possa ser realizado; proporcionar algum teste de realidade, verificando se os pais viram o corpo do bebê no caso de recém-nascidos, ou

sabem o que seria feito do feto em caso de aborto; explicando-lhes que este luto pode levar tempo ao contrário do que as pessoas costumam considerar. estes procedimentos devem levar em consideração as diferenças entre os pais, não devendo ser algo padronizado. (DA ROCHA; MORÃO, 2013, p.161)

Durante os acolhimentos individuais, consigo identificar as principais demandas das usuárias, dos (as) acompanhantes, que em sua grande maioria tem filhos (as) em casa sob os cuidados de outras pessoas. A preocupação nesses casos, ultrapassam o ambiente hospitalar, são questões “externas”, que interferem diretamente na permanência e aderência das usuárias aos tratamentos, o anseio por alta médica é muito evidente. É traumático para a maioria das mulheres gestantes, fragilizadas pela gravidez de alto risco, permanecerem internadas, longe de suas referências familiares, ambientais e sociais (MOURA et al., 2013, p.9).

Não desconsidero as questões “externas” trazidas pelas usuárias e acompanhantes, porém busco intervir, pontuando que o internamento é um momento necessário no processo saúde/doença. É importante trabalhar o fomento à autonomia com as mulheres gestantes, para que elas possam vivenciar suas gestações, parto e puerpério, exercendo um protagonismo nas tomadas de decisões, mesmo sabendo que o hospital é uma instituição extremamente controladora e intervencionista.

Assim, buscamos ir na contramão dessa lógica hegemônica que visa subordinar as mulheres e seus corpos grávidos ao saber-poder da equipe, em especial médica. Com isso, entendemos que é importante que elas se sintam corresponsáveis pelos seus processos de cuidado em saúde, compreendendo que, mesmo apresentado demandas “externas” legítimas e significativas que incidem no processo de internamento, a hospitalização aparece muitas vezes como crucial e necessária para uma melhor conduta da equipe multiprofissional, visando preservar a sua vida e dos (as) bebês.

Esse é um trabalho desafiador porque envolve complexidades, singularidades e contradições do cuidado em saúde em um contexto hospitalar, verticalizado e humanizado, a depender do modo como as equipes organizam seus processos de trabalho e vivenciam as relações entre si e com as pessoas usuárias. Nós da psicologia, apostamos na importância das mulheres gestantes se apropriarem de suas situações, das possibilidades de escolha, riscos e benefícios do processo de hospitalização e dos cuidados que lhes são ofertados, no intuito de contribuirmos com

o fortalecimento que lhes é possível vivenciar e ativar, especialmente naquela situação em que se sentem também vulneráveis, frágeis, solitárias, etc.

Algumas questões trazidas pelas usuárias e por acompanhantes, acabam sendo amenizadas/sanadas através de articulações com o serviço social, conselho tutelar, UBS. Cabe ressaltar que a linha entre questões internas e "externas" é muito tênue. Ao entrar no hospital ninguém deixa a história de vida fora dele, todas as demandas apresentadas são importantes, e são acolhidas. Porém, segundo Camon (2004), a psicologia hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, se outros objetivos forem alcançados, trata de acréscimo ao processo em si.

Observo que as usuárias que estão cobertas pela Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), que garante acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de alguma forma, estão mais tranquilas, não se sentem tão sozinhas, distantes de alguém conhecido (a). Já as usuárias que não têm direito à acompanhante, pois, não estão em trabalho de parto, estão internadas para estabilizarem o quadro clínico (diabetes, pressão alta) ou realizar algum procedimento, relatam muito o sentimento de solidão. Vale ressaltar, que adolescentes têm direito à acompanhante, e de acordo com a especificidade de cada usuária, a equipe médica também faz liberações que não estão cobertas na lei mencionada.

Com o intuito de amenizar as questões trazidas por elas, a psicóloga da maternidade criou o Grupo Acolher e Empoderar Mulheres. O grupo é um dispositivo utilizado pela psicologia para intervir nas questões apresentadas durante o internamento, é um espaço de acolhimento, apoio, orientações e muita troca de vivências, voltado para mulheres. Ele é realizado às terças feiras, no período da tarde e tem em média duração de 1h30. É um espaço livre para as usuárias e acompanhantes falarem sobre seus medos, suas angústias, suas histórias de vida e construírem vínculos umas com as outras.

O termo vinculação nos remete à ideia de ligação. É conexão, construção de rede de apoio. Outros termos são propostos como aproximações que auxiliam na construção conceitual de vinculação, como ligar ou prender com vínculo; ligar ou prender moralmente; tramar, traçar, entrelaçar, ajuntar, juntar, articular, combinar, comunicar, concatenar, agregar, cativar, emparelhar, encadear, engrenar, estreitar, incorporar, acompanhar,

aconchegar, aglutinar, aproximar, conectar. Esse cardápio de palavras nos propicia a imagem-reflexão de pessoas e espaços interligados em uma dinâmica que sugere compartilhamento de processos, de movimentos e de sentidos. De produção conjunta de projetos de interesse e intuito comuns, em um arranjo que integra pessoas e espaços onde se produz saúde, vínculo e confiança são pressupostos para produzir ação terapêutica. (LANSKY; FIGUEREDO, 2014, p.160).

O grupo é um dos momentos que compartilho com as outras estagiárias e a nossa preceptora. Antes de iniciarmos o grupo, pegamos cadeiras emprestadas na coordenação de enfermagem, colocamos as cadeiras no final do corredor, em um local improvisado, vamos ao posto de enfermagem e perguntamos se tem alguma usuária com restrição ao leito. Em seguida, vamos às enfermarias, e lançamos o convite para as usuárias e suas acompanhantes. O número de mulheres participantes do grupo é bem variado, depende da quantidade de usuárias que estão internas e da adesão delas em participarem do grupo.

Na maioria das vezes o grupo não aborda um tema específico, é um espaço aberto para elas falarem sobre suas afetações. Mas, durante os atendimentos individuais, percebemos muitas dúvidas relacionadas às outras áreas profissionais, aproveitamos o espaço do grupo para trazer essas informações de forma mais ampliada. Já recebemos estagiárias do serviço social falando sobre planejamento familiar, estagiária de nutrição dialogando sobre a importância de seguir as recomendações de restrição de alguns alimentos, de acordo com o quadro clínico de cada mulher gestante e também uma médica discutindo a temática de métodos contraceptivos.

Dialogamos sobre violências contra as mulheres, baby blues, que é abordado por Campos et. al. (2021) como uma melancolia materna, que acomete cerca de 50% a 80% das mulheres puérperas nos primeiros dias após o parto. Os sintomas podem incluir: ansiedade, choro, cansaço, tristeza, mudanças de humor, dificuldades para dormir, e o tratamento é acolhimento emocional.

Compreendemos que uma das formas de fomentar o empoderamento é levar conhecimento. Contudo, os encontros, que não possuem uma temática específica, são os que mais me tocam. Muitas usuárias e acompanhantes só falam de si, através de uma percepção de outra pessoa: “minha mãe disse que eu sou assim”, “minha família acha assim”, “meu marido quis assim”. Começamos a questionar: “e você o que acha sobre isso? ”. Esse movimento de convidar as mulheres a se perceberem,

a opinarem sobre si mesmas e a pensarem sobre a possibilidade de se sentirem e se tornarem protagonistas de suas próprias vidas parece potente e importante.

O grupo parece contribuir com a reflexão e diálogo acerca de questões que se relacionam com o protagonismo. As usuárias estão todas padronizadas, por uma vestimenta hospitalar, compartilham sentimentos e vivências muitas vezes parecidas, mas cada uma possui uma história única e singular, para cada uma a maternidade tem um sentido diferente, e nenhuma pode ser reduzida ao gestar e parir, pois são mulheres antes mesmo de serem e se tornarem mães. Neste sentido, vale destacar que ao falarmos em empoderamento, compartilhamos do pensamento de Joice Berth (2019, p.19) ao dizer que empoderar é, antes de tudo, pensar em caminhos de reconstrução das bases sociopolíticas, rompendo concomitante com o que está posto.

No primeiro grupo que participei, uma usuária expressou em sua fala que estava sendo difícil o processo de hospitalização, mas era por um bem maior o (a) bebê. Segundo ela: “toda mulher tem o sonho de ser mãe”, aquela afirmativa foi questionada com uma pergunta vinda da preceptora: Será? E isso gerou vários questionamentos. Muitas mulheres sentiram-se confortáveis de falar que não queriam a gestação atual, sem serem julgadas por isso. Eu também pensava que ser mãe era um sonho de todas as mulheres, só na vida adulta eu compreendi que esse sonho nem era meu, imagina de todas.

Percebo que a criação do grupo contribuiu para a humanização da maternidade, pois, uma das queixas que ouvimos bastante é que o (a) profissional da saúde, mais precisamente a equipe médica e de enfermagem, com suas inúmeras atribuições, muitas vezes não tem tempo para ouvir as afetações das usuárias e acompanhantes. O grupo é um convite para sair do leito, sair da enfermagem, conhecer outras pessoas, compartilhar vivências, ouvir, falar, se afetar, criar vínculos, se empoderar.

Outra questão relatada durante o grupo e os atendimentos individuais, é a forma que as notícias sobre o quadro clínico da mulher gestante e/ou do (a) bebê são trazidas e comunicadas. Durante o período de internamento elas tendem a ficar muito fragilizadas, de modo que as notícias difíceis nos demandam que sejam comunicadas com empatia e de modo nítido e compreensível,

a garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada, aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede além de compromisso ético do

SUS, configuram-se como a concretização do acolhimento pleno. (LANSKY; FIGUEREDO, 2014, p. 159).

Apesar da psicologia fazer parte de uma equipe multiprofissional, o contato entre as profissões é bem limitado. Muitas vezes estamos dividindo o mesmo ambiente, atendendo a mesma usuária, a fragmentando-a entre corpo e mente. Mesmo sabendo que cada profissional tem a sua capacitação e especificidade, acredito que buscar dialogar e compreender a pessoa em sua integralidade, nos possibilita prestar um atendimento mais humanizado.

Contudo, percebo que o (a) profissional de psicologia é valorizado (a) no ambiente hospitalar. A psicologia é bem requisitada nos espaços, por se tratar de um hospital escola, os (as) estagiários (as) possuem muita autonomia. O estágio na maternidade foi o momento mais importante da minha graduação. Eu consegui me visualizar atuando como uma profissional, inserida em uma equipe multiprofissional, disponível para acolher o (a) outro (a), e puder constatar como é “desafiador” o fazer da psicologia, seja por limitações de espaço físico, fragilidade no diálogo com a equipe, e principalmente pelas afetações geradas diante de tantos relatos dolorosos de violências, abandonos e vulnerabilidades. Mas poder contribuir com a minimização do sofrimento do (a) outro (a) traz um alívio.

### **Considerações...**

Neste artigo busquei compartilhar a minha vivência durante o período do estágio obrigatório e como o fazer da psicologia que experimentei está inserido em um contexto de uma maternidade de alto risco, dialogando com os princípios do SUS.

Observo, que apesar da gestação de alto risco e do internamento ser uma fase de muita angústia, configurando uma nova condição, afastamento de muitas mulheres gestantes das suas famílias, das atividades laborais, das suas casas, elas, em sua maioria, conseguem identificar na hospitalização um local de acolhimento, proteção, cuidado, e também usam suas crenças como dispositivo de enfrentamento para essa fase de suas vidas.

Uma das frases que eu ouvi antes de iniciar o estágio foi: “venha preparada para se frustrar também”, Muitas vezes temos que exercer nossa função com o que tem posto, e não com o que é ideal. É evidente que existem muitos desafios na assistência ofertada no setor da maternidade, como falta de um local adequado para

atendimento individual, visando preservar o sigilo e proporcionar um ambiente mais seguro e acolhedor para as mulheres, um espaço para realizar o grupo, ele é feito em local improvisado, com bastante barulho, circulação de pessoas, e mesmo com esses empecilhos, vejo uma potência no grupo, considero importante a continuidade dele.

Apesar das limitações, vejo a importância da psicologia nas relações com as demais profissões, que fazem parte da equipe multiprofissional, pois quando não reduzimos essas mulheres-mães à maternidade, o acolhimento de fato acontece. Neste sentido, Moura et al, (2013, p.8) diz que “o acolhimento se constitui numa tecnologia do encontro, que se insere no contexto de afetar e ser afetado mediante os encontros”.

Sobre encontros, relatei que enquanto estudante, durante uma visita ao hospital, ao entrar na sala de parto humanizado, saí de lá de fininho e fui chorar no final do corredor. Naquela sala eu tive um encontro com os meus traumas, eu revisei o meu parto, eu fui afetada pelas minhas lembranças... meses depois, enquanto estagiária, entrei naquela mesma sala e fui acolher uma profissional chorando. A sala de parto humanizado, tornou-se para mim, apenas mais um espaço físico da maternidade.

Não, meus traumas não sumiram num passe de mágica, inclusive essa é uma das expressões que compõem minha nuvem de palavras sobre o estar diário no estágio. Ao longo desses últimos 10 meses foram tantos encontros, sabe aquele contexto de afetar e ser afetada (o)? É uma troca, percebi que quanto mais eu acolhia a dor da (o) outra (o), eu me acolhia também. Isso me fez lembrar de uma passagem de Contardo Calligaris (2004), que nos convida a pensar que muitas vezes, e não serão poucas, iremos duvidar da eficácia do nosso trabalho, nesses momentos é sempre bom lembrar, que a nossa prática adianta e não é apenas pelas teorias, e sim, porque as práticas que propomos ofertar e construir no processo de cuidado em saúde com as pessoas usuárias, já curou ao menos uma, nós mesmas.

## Referências

BERTH, Joice. Empoderamento. **Pólen Produção Editorial LTDA**, 2019. Disponível em: <https://www2.unifap.br/neab/files/2021/01/Empoderamento-Feminismos-Plurais-Joice-Berth.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de Maio de 2023**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)  
Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (2012). Gestação de alto risco: **Manual técnico**. Brasil, Brasília. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf).  
Acesso:18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, v. 1, p. 109-109, 2011. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).  
Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. 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. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS ; v. 4**. Brasil, Brasília. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf) Acesso em: 15 mar. 2023.

CALLIGARIS, Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para ter sucesso profissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CAMPOS, Paula Azevedo; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psicologia Usp**, v. 32, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/gRDZZ9sPmPNXKBBJnRtrkQ/?lang=pt#>  
Acesso em: 10 jan. 2023.

CARNEIRO, Maria Elizabeth Ribeiro. **Procura-se "preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa": uma cartografia das amas-de-leite na sociedade carioca (1850-1888)**. 2006. 418 f. Tese (Doutorado em História)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/5162>.  
Acesso em 21 abr. 2023.

DA ROCHA ARRAIS, Alessandra; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma

experiência de estágio. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 152-164, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/6098/609866383012.pdf>. Acesso em 10 mar. 2023.

FONSECA, Marina Nogueira de Assis et al. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 141-155, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223664072018000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072018000200009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 abr. 2023.

LANSKY, S.; FIGUEREDO, V. Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 4, p. 155-170, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf) Acesso em: 15 mar. 2023.

LIMA, João Gabriel Bertucci; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Gestação e Saúde: guia básico para profissionais da saúde**. Agudos: MaterOnline, 2019.

MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado: A violência obstétrica como controle de corpos no Brasil**. UICLAP, 2021.

MOURA, Maria Martha Duque de; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisbôa; LUZ, Madel. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 393-404, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000011>. Acesso em: 12 fev. 2023.