UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DAYANE RÍVEA CINTRA XAVIER

O CUIDADO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE NEONATAL DO SUS: ENCANTAMENTOS, DESAFIOS E APRENDIZADOS NO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

Maceió
2022

DAYANE RÍVEA CINTRA XAVIER

O CUIDADO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE NEONATAL DO SUS: ENCANTAMENTOS, DESAFIOS E APRENDIZADOS NO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel com Formação em Psicologia.

Orientadora: Profª. Drª. Telma Low Silva Junqueira

Maceió

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE APROVAÇÃO

ALUNO/A: Dayane Rívea Cintra Xavier

TÍTULO: O CUIDADO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE NEONATAL DO SUS: ENCANTAMENTOS, DESAFIOS E APRENDIZADOS NO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
gov.br
TELMA LOW SILVA JUNQUEIRA
Data: 15/07/2022 15:47:59-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

_____
Telma Low Silva Junqueira – ORIENTADOR/A

Documento assinado digitalmente
gov.br
JEFFERSON DE SOUZA BERNARDES
Data: 26/07/2022 18:11:57-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

_____
Jefferson de Souza Bernardes – AVALIADOR/A

APROVADO EM: / /202

Documento assinado digitalmente
gov.br
MARCOS RIBEIRO MESQUITA
Data: 01/08/2022 16:29:58-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

_____
COORDENAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO DO IP

Dedico essa produção a minha mãe, Diana Cintra Xavier (em memória), que mesmo com seu falecimento precoce sempre se fez presente na construção da pessoa e profissional que eu sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família por sempre se fazerem presente na minha vida, me apoiarem, me incentivarem e ajudarem sempre que preciso. Em especial a minha mãe e meu pai, Diana e Ronilson, por sempre fazerem o possível e o impossível pela nossa família.

Agradeço a todos e todas que passaram pela minha vida e que direta e/ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até o fim da graduação.

A todos e todas colegas de trabalho que sempre me apoiaram e ajudaram a conciliar faculdade e trabalho.

Agradeço às minhas amigas que nunca soltaram a minha mão e não me deixaram desistir nas diversas vezes que estive fragilizada, a vocês meu eterno muito obrigada Bruna Vilela, Laysa Maria, Jarbiane Gomes, Rayane Mayara, Jaciara Casado, Edlania Lopes e Alexandra Melo.

Às minhas amigas e parceiras de estágio Yasmin, Sayonara, Taynah e, em especial, Eduarda e Danielle. Agradeço por sempre serem colo, pelas trocas que foram tão importantes e pelo companheirismo.

Aos(às) demais estagiários(as) que fizeram parte dessa jornada comigo, em especial a Lorena e Josemir, pessoas às quais criei muito carinho e admiração.

À minha preceptora do estágio, Fayruz Martins, que sempre terá seu lugar no meu coração e toda minha admiração.

Ao setor de psicologia do HUPAA, agradeço pelo acolhimento e carinho que sempre tiveram comigo desde a minha chegada e também pelos ensinamentos que cada uma compartilhou comigo.

Aos(às) meus(minhas) colegas do projeto de extensão (LUPE - Ludoterapia na Penitenciária) por todas as trocas.

Por último, e não menos importante, agradeço à professora Telma Low e ao professor Jefferson Bernardes pela confiança que depositaram em mim e pelos ensinamentos e trocas compartilhadas durante toda a graduação.

CUIDADO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE NEONATAL DO SUS: ENCANTAMENTOS, DESAFIOS E APRENDIZADOS NO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

HEALTH CARE IN A NEONATAL UNIT OF SUS: ENCHANTMENTS, CHALLENGES AND LEARNING IN THE PSYCHOLOGY INTERNSHIP

Dayane Rívea Cintra Xavier[1]

Telma Low Silva Junqueira[2]

Resumo: Este trabalho visa compartilhar e analisar algumas experiências de um estágio obrigatório em psicologia em uma unidade neonatal de um hospital-escola do SUS, situado no nordeste do país, cujo principal objetivo era ofertar um cuidado em saúde junto com/às mulheres-mães que estavam com seus(suas) bebês internados(as). A metodologia abarca um relato de experiências compartilhadas a partir dos registros realizados em diários de campo e analisados com enfoque na política de humanização à atenção perinatal, Método Canguru, nos estudos feministas interseccionais e nos debates sobre saúde pública. Os resultados apontam para a necessidade de uma maior adesão às práticas do Método Canguru, de forma a se prestar uma assistência humanizada e qualificada no que diz respeito à saúde dos(as) recém-nascidos(as) e sua família, considerando a perspectiva interseccional.

Palavras-chave: Unidade neonatal; Prematuridade; Humanização; Psicologia

Abstract: This work aims to share and analyze some experiences of a mandatory internship in psychology in a neonatal care unit of a teaching hospital of SUS, located in the northeast of the country, whose main objective was to offer a health care together with the women-mothers who were with their babies admitted. The methodology includes a report of experiences shared from the records kept in field diaries and analyzed with a focus on the humanization policy for perinatal care, the Kangaroo Method, in the intersectional feminist studies and debates on public health. The results point to the need for greater adherence to the practices of the Kangaroo Method, in order to provide a humanized and qualified assistance regarding the health of newborns and their families, considering the intersectional perspective.

Keywords: Neonatal Unit; Prematurity; Humanization; Psychology

[1] Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas/Ufal.
[2] Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas/Ufal.

1 A UNIDADE NEONATAL E O ESTÁGIO EM PSICOLOGIA

O presente artigo traz minhas experiências e impressões, enquanto estudante de psicologia, acerca do estágio obrigatório realizado em uma unidade neonatal localizada em uma capital do nordeste do país, durante o período de agosto de 2021 a março de 2022. O hospital em que ocorreram as práticas do estágio é centro de referência, para usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimentos de média e alta complexidade.

Nesse sentido, apresento uma breve contextualização do marco legal e referencial teórico que subsidiam as práticas e funcionamento na unidade neonatal e em seguida compartilho algumas das experiências de modo analítico e reflexivo, por meio da interlocução com outras vivências encontradas na literatura.

A inserção inicial neste hospital se deu ainda em 2019 durante as disciplinas de Práticas Integrativas I e II, que consistiam em aproximar e inserir o(a) discente nos diversos campos da psicologia na interface com a saúde e com foco na interdisciplinaridade, momento em que foram apresentados os setores em que as psicólogas deste hospital atuavam, surgindo o interesse na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral. Sendo assim, ao retornar ao hospital em 2021, agora como estagiária, a unidade neonatal é escolhida como cenário de prática.

O interesse em realizar estágio na unidade neonatal se deu pela afinidade com a atuação da psicologia na UTI Geral e por buscar transitar em novos cenários do/no contexto hospitalar. Pois, apesar da unidade neonatal também ser composta por uma UTI, seu público-alvo é diferente de uma UTI Geral, possibilitando uma aproximação com a prática da psicologia neonatal.

O Ministério da Saúde (MS) define a unidade neonatal como:

> um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (BRASIL, 2012, s/n).

De acordo com o Art. 6º da Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012, a unidade neonatal é dividida da seguinte maneira: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), que possui duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Vale ressaltar que a unidade neonatal é formada por equipe multidisciplinar composta por psicólogo(a), neonatologista, pediatra, fisioterapeuta, técnico(a) de enfermagem, nutricionista, assistente social e fonoaudiólogo(a). A psicologia neste cenário busca sempre

dialogar com as demais áreas, de forma a promover uma assistência qualificada e humanizada às(aos) usuárias(os) do serviço.

O público-alvo são bebês que nasceram prematuramente, com baixo peso e/ou que possuem algum problema de saúde como alterações cardíacas e/ou respiratórias, por exemplo. Então, mesmo sendo os(as) prematuros(as) a maioria dos(as) internos(as) na unidade, bebês a termo (que nasceram após a 37ª semana de gestação) também podem precisar da unidade por complicações no parto, desconforto respiratório etc.

Diversos são os fatores que levam à uma gestação de risco e alto risco, como complicações da saúde da pessoa gestante (diabetes, hipertensão arterial, infecções etc.), uso abusivo de álcool e outras drogas e gestação precoce ou tardia. Portanto, é sempre recomendado realizar o acompanhamento da saúde ainda no planejamento da gestação para que haja todo o preparo necessário de forma que a gravidez ocorra da melhor maneira possível. E para os casos de gravidez não planejada, após a descoberta da gestação, orienta-se iniciar o acompanhamento pré-natal o quanto antes.

Segundo Maushart (2006),

> a concepção de maternidade, que permeia o imaginário social, está diretamente relacionada aos termos nascimento, alegria, começo, vida... Entretanto, existem situações em que ocorrem intercorrências no ciclo gravídico puerperal, o que se contrapõe a essa imagem social da maternidade. (apud MUZA *et al*, 2013, p.35).

Dessa forma, a internação de um(a) recém-nascido(a) em unidade neonatal tende a incidir nos vínculos familiares, nas expectativas que foram construídas ao longo da gestação e do parto e produzir na família sentimentos como medos e inseguranças com relação ao futuro do(a) Recém-Nascido(a), também nomeado(a) de RN.

Assim, o atendimento prestado às mulheres-mães e pais da unidade neonatal, além de ofertar escuta, acolhimento e assistência, também visa fortalecer e incentivar as práticas do Método Canguru (MC), considerado um

> modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família. (BRASIL, 2017, p.23).

Este método visa proporcionar o vínculo afetivo entre mulher-mãe/pai-filho(a), estimular o aleitamento materno e melhorar a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor do(a) bebê.

O estágio de psicologia em uma unidade neonatal tem por objetivo o cuidado com as mulheres-mães e pais que estão com seus(suas) bebês internados(as) na unidade, o fortalecimento do vínculo e redução da separação entre mulher-mãe/pai-bebê, além de auxiliá-las na vivência da maternidade que traz novos significados. Pois, tornar-se

mulher-mãe de um(a) filho(a) na UTI demanda da equipe, especialmente da psicologia, uma disponibilidade para acolher, escutar e contribuir com o alívio de sofrimentos e angústias que elas possam sentir e vivenciar.

Pontuo que neste trabalho será utilizado o termo mulheres-mães para se referir a essas mulheres que foram/são acompanhantes de seus e/ou suas bebês, de forma a não reduzi-las ao exercício da maternidade. Todavia, não será utilizado o termo homem-pai por entender que, em nossa sociedade, a figura masculina não é reduzida ao exercício da paternidade.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste artigo me dedico a construir um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência do estágio obrigatório em psicologia, realizado em uma Unidade Neonatal. Proponho compartilhar algumas das principais vivências e atividades realizadas no estágio, de forma a trazer um olhar analítico, crítico, situado e reflexivo frente às experiências vivenciadas e os desafios encontrados, com enfoque nas afetações, questões e aprendizados que surgiram durante e a partir do estágio. Sem pretensão alguma de generalizar ou reduzir o que foi vivenciado ao longo dessa oportunidade e tão pouco falar pelo e/ou em nome do serviço/cenário de prática.

Durante a vivência no estágio, a rotina e atividades realizadas diariamente foram registradas em um diário de campo, instrumento utilizado para a produção de informações, em que anotava o que era observado, realizado, sentido no cenário e para além dele, uma vez que as afetações sentidas enquanto estagiária ao longo desse processo não se reduziam ao cenário de prática. De acordo com Medrado, Méllo e Spink (2014, p. 278):

> O diário, como afirmamos, é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto, tornando o diário também um ator/atuante que permite a potencialização da pesquisa.

Produzir os diários de campo foi uma forma encontrada para externar diversos pensamentos, muitas vezes caóticos. A intenção não foi registrar somente fatos, mas também manifestar inquietações e afetações que surgiram ao longo dos encontros e idas ao campo.

Sendo o diário de campo uma importante ferramenta para registrar elementos que vão emergindo antes, durante e depois da pesquisa, neste trabalho não se pretende mencionar trechos e/ou anotações do diário, mas considerá-los no processo de análise e diálogo com o Método Canguru, que norteia as práticas assistenciais em unidade neonatal do SUS, buscando

relatar e refletir sobre a humanização do cuidado ofertado considerando também as contribuições do feminismo negro interseccional.

3 AS EXPERIÊNCIAS REFLETIDAS, AFETADAS E REFLEXIVAS

A época do estágio é muito aguardada por nós estudantes de graduação, pois ficamos na expectativa de colocar em prática o que até então só tínhamos contato através da teoria.

> Entende-se que a proposta do estágio é capacitar o aluno, enriquecendo o seu conhecimento em um espaço da área da saúde, confrontando com as mais diversas situações que envolvem pacientes e familiares (adoecimento crônico, acidentes, perda de entes queridos) em seus aspectos psíquicos e físicos. (FREITAS et al, 2017, p.1).

Porém, ser estagiária nem sempre é fácil. Às vezes nesse percurso surgem questionamentos como “estou realmente pronta para assumir essa responsabilidade?”, “fiz a escolha certa em estar nesse cenário?”, “e se eu falhar?”. E assim seguimos com nossos medos e inseguranças, mas também com muita vontade de aprender e fazer com que a experiência no estágio seja a melhor possível.

Em 2001, após várias queixas de usuários(as) sobre o atendimento recebido nos hospitais públicos do Brasil, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o intuito de se estabelecer uma política de humanização no âmbito da saúde, de forma a melhorar a qualidade e a eficácia da atenção ofertada aos(às) usuários(as) dos hospitais públicos brasileiros. Todavia, Vila e Rossi (2002) afirmam que "humanizar aparece, ainda, com o significado de manter a família informada e preparar a família para entrar na UTI".

O Método Canguru (MC), que guia as nossas práticas na unidade neonatal, surge através da necessidade de se nortear o atendimento perinatal para um cuidado mais holístico com o(a) recém-nascido(a) prematuro(a). É necessário pontuar que o método canguru não está somente relacionado à posição canguru, em que o(a) RN é colocado(a) em contato pele a pele com a mulher-mãe ou com o pai. Trata-se de uma estratégia que visa melhorar a qualidade do cuidado prestado às mulheres gestantes, puérperas, às e aos recém-nascidos(as) e à família, uma vez que todos(as) são vistos(as) como protagonistas da gestação.

O manual técnico do método canguru aborda questões como as configurações familiares para além da família tradicional nuclear, de forma que convida a equipe da unidade neonatal a promover a inclusão e auxílio nos diversos contextos de relações afetivas e redes de apoio, assim como se discute as especificidades no acolhimento/acompanhamento das

mulheres gestantes e puérperas usuárias de álcool e outras drogas. Além disso, traz aspectos clínicos da situação do(a) recém-nascido(a), a importância do cuidado com o ambiente e a equipe neonatal, aspectos psicoafetivos do(a) recém-nascido(a) e da família, assim como a importância da construção e manutenção do vínculo entre esses e essas.

Diversas foram as questões que me afetaram, dentre elas como o nascimento prematuro e a internação em unidade neonatal por vezes fragilizavam o vínculo mulher-mãe/pai-bebê, a relação da maternidade e paternidade com a morte do(a) recém-nascido(a), a ausência ou pouca participação do pai no exercício da paternidade especialmente no que se refere aos cuidados neonatais etc.

3.1 A Inserção no Ambiente

Os passos iniciais do estágio consistiram em acompanhar e observar o trabalho da psicóloga responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). O primeiro contato com a UTIN e a UCINCo não foi dos mais prazerosos, os barulhos característicos desses ambientes ecoam na cabeça e por vezes parecem nos perseguir. A visão dos(as) bebês em incubadoras inicialmente foi angustiante, quanto sofrimento havia ali e não era expresso?

A unidade neonatal conta com um alojamento conjunto para as mulheres-mães que estão como acompanhantes de seus(suas) bebês. Pois, o Ministério da Saúde orienta as instituições hospitalares a fornecerem espaços para que as mulheres-mães permaneçam na instituição como acompanhantes, de forma que:

> Art. 12. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classificação:
> XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível;
> XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). (BRASIL, 2013, s/n)

Dessa forma, é considerada Mãe Acompanhante aquela mulher-mãe que já recebeu alta da equipe obstétrica, passando a ser acompanhante de seu e/ou sua recém-nascido(a). Nesse momento, a mulher-mãe perde o direito de ter um(a) acompanhante, e é acomodada no alojamento junto às demais acompanhantes de RN’s da unidade neonatal. Muitos são os conflitos e atritos que surgem nesse ambiente devido essas mulheres estarem em situação de fragilidade, se adaptando a uma nova rotina, longe de suas casas, de seus/suas familiares e afetos, sem privacidade e tendo que conviver com outras mulheres que lhes são estranhas, apesar dos vínculos criados no contexto da hospitalização.

A rotina de uma mulher-mãe acompanhante é exaustiva, de 3 em 3 horas tem que comparecer à unidade neonatal ou banco de leite humano para amamentar/ordenhar e muitas relatam que mal conseguem tirar um cochilo ou comer sem ser solicitada à unidade. Além disso, geralmente relatam a angústia que é querer se dedicar ao(à) RN hospitalizado(a), mas também estar preocupada com a família que está em casa. Esse sentimento parece ainda mais forte nas mulheres-mães que possuem outros(as) filhos(as) e as mulheres-mães mais pobres, visto que essas eram totalmente responsáveis pelo cuidado do lar e da família e/ou por proverem economicamente a casa.

O hospital em questão, possui 10 leitos de UTIN e 10 leitos de UCINCo, portanto nem todas as mulheres-mães que estão com seu(sua) RN na unidade neonatal ficam alojadas no espaço destinado a elas, uma vez que o alojamento conta apenas com 8 leitos. Dessa forma, conforme ia surgindo vaga no alojamento, eram priorizadas as mulheres-mães que residiam no interior do estado por terem mais dificuldade de se deslocar ao hospital e era levado em consideração a gravidade do quadro clínico do(a) RN.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a propagação do vírus SARS-CoV 2 (covid-19) como uma pandemia, indicando que havia uma disseminação mundial da doença. Com o surgimento da pandemia, o isolamento social foi proposto como forma de controle dessa propagação. Devido a necessidade de distanciamento social, para evitar aglomeração e reduzir as chances de entrada do vírus no hospital, a unidade neonatal precisou modificar seu funcionamento distanciando família e recém-nascidos(as).

Dessa forma, no início do estágio a unidade neonatal funcionava da seguinte maneira: visitas das(os) avós suspensas por tempo indeterminado, mulheres-mães e pais eram visitantes de seus(suas) RN's e somente podiam vê-los(as) uma vez na semana e o alojamento das mulheres-mães acompanhantes se encontrava fechado, tendo seu retorno em setembro de 2021.

Acolhimento é como chamamos o primeiro contato que temos com a mulher-mãe e, às vezes, com seu(a) acompanhante, onde é ofertada uma escuta ativa a fim de compreender o processo pelo qual essa família está passando e conhecer sua história. Para além desse acolhimento inicial, a família segue sendo acompanhada enquanto o(a) bebê está internado(a) no hospital, ajudando-os(as) na relação e aproximação com o(a) bebê.

Inicialmente sentia muita insegurança para realizar os acolhimentos e acompanhamentos com as famílias dos(as) RN's, devido ao desconforto que tinha em estar naquele espaço – por me sentir uma intrusa na unidade neonatal e na vida daquelas famílias.

Assim, tinha dificuldade em me aproximar, conversar e criar vínculos com essas mulheres-mães e pais que ali estavam.

Notei que isso ocorria devido ao fato de que esses pais e mulheres-mães já eram acompanhados(as) pela psicóloga do setor há um certo tempo. O fato deles e delas já possuírem vínculo com a profissional me deixava desconfortável por acreditar que eu, enquanto estagiária, seria julgada por não possuir a mesma desenvoltura e ainda estar conhecendo o ambiente.

E essa percepção se deu em uma dia em que havia uma nova mulher-mãe junto ao seu RN. Realizei o acolhimento ali mesmo ao lado da incubadora, onde conversamos bastante sobre como ela estava se sentindo, sobre a sua gestação, sua organização familiar e sobre as ansiedades dela e dos(as) demais familiares para a alta hospitalar do bebê.

E neste dia percebi o quanto que nós, estudantes e estagiárias(os), nos cobramos perfeição e esquecemos que o estágio tem como proposta nos proporcionar o conhecimento através da vivência na prática e que, portanto, não vamos entrar (e nem sair) daquele espaço sabendo de tudo e especialistas na área. E a partir desse momento começo a visualizar as minhas inseguranças com outro olhar, mais acolhedor e voltado para a superação delas.

Assim, a partir desse dia, inicio um novo movimento não com a intenção de forçar esse vínculo, mas de, aos poucos, ir me inserindo no contexto da família do(a) RN, seja passando apenas para perguntar se já haviam conversado com a equipe responsável e/ou comentar como o(a) bebê estava ficando cada vez mais lindo(a). Pois, percebi que esse pequeno comentário muitas vezes abria margem para o começo de um potente diálogo, mesmo que breve, sempre relacionando essa fala com o avanço do quadro clínico do(a) RN como, a desintubação, a saída da dieta zero e/ou finalização no uso de antibióticos. Para os(as) RN's que não apresentaram melhora, era sempre relacionado com a sua força e dedicação em estar ali.

3.2 "Aconteceu alguma coisa Dra?": O Desafio em Comunicar Notícias Difíceis em Unidade Neonatal

O MC nos auxilia para os momentos de comunicação de notícias difíceis, entendendo que estas não estão somente relacionadas ao óbito, mas também da probabilidade de ele ocorrer. Além da comunicação de toda notícia negativa referente ao quadro clínico do(a) RN, como intubação ou reintubação, perda de peso, suspensão da dieta, sequelas que o(a) RN terá de conviver etc. Portanto, "as notícias difíceis não são apenas aquelas sobre o diagnóstico, mas as que ocorrem durante todo o tratamento" (AFONSO; MITRE, 2013, p. 80).

“As expressões de dor e de sofrimento, especialmente nos pais que acompanham ou antecedem o luto, podem se apresentar por meio de condutas intensas ou ausência de qualquer manifestação explícita, sendo ambas de difícil manejo” (BRASIL, 2017, p. 79). Portanto, o MC orienta sobre a necessidade da equipe da unidade neonatal estar disponível para acolher essa família e nos direciona para um acolhimento/atendimento mais assertivo. Situando a importância da comunicação ser realizada em um ambiente de privacidade, com mensagens objetivas e de fácil compreensão a quem se deseja transmitir, levando sempre em consideração a sua faixa etária, gênero e etnia, e que a comunicação seja realizada de forma contextualizada, para que o(a) receptor(a) seja incluído(a) no processo.

A psicologia não realiza a comunicação das notícias difíceis, ficando a cargo do(a) médico(a) responsável pelo(a) RN, todavia o(a) psicólogo é acionado(a) para ofertar apoio emocional antes, durante e depois da comunicação. O hospital em questão não possui um espaço reservado e com privacidade para os atendimentos da unidade neonatal, de forma que a comunicação de notícias difíceis era realizada no corredor da unidade neonatal ou à beira do leito do(a) RN. Sempre havia pessoas nos leitos vizinhos e/ou transitando pelos corredores. Sempre havia pessoas observando o diálogo. Não havia privacidade para essa e nenhuma outra ocasião.

Estar presente nesses momentos era muito angustiante para mim, cada regressão e cada óbito me pesava muito. Pois, além do apego que tinha a cada bebê e família, eu voltava no tempo e lembrava de quando minha mãe esteve internada na UTI Geral/Adulto e foi a óbito. Era um reviver de emoções. Vivenciar esses momentos de óbito foi um processo doloroso, mas que me fazia lembrar que o estar ali para aquela família era muito, que nem sempre precisávamos falar algo. Pois, às vezes, era “só” oferecer um abraço, um carinho, um olhar acolhedor, estar ao lado da pessoa e segurar sua mão e/ou ajudar a resolver alguma burocracia etc. Nesses momentos notava que o efeito e potência que nossa disponibilidade em estar junto e acolher fazia muita diferença naquela situação.

Apesar de ter estado na UTI Geral/Adulto anos antes de estagiar na UTIN e ter presenciado alguns óbitos nesse período, não estava tão acostumada com essas situações e era sempre um frio na barriga quando recebia a notícia de um óbito na unidade neonatal. Pois, eu como filha que aos 13 anos perdeu a mãe, me sentia aproximada daquelas mulheres-mães e pais que estavam perdendo seus(suas) filhos(as) prematuramente.

> A morte de um filho antes ou logo depois do nascimento rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositados na criança que está por vir. Nas

> palavras de Torloni (2007, p.297), “A morte de um feto é a morte de um sonho”. (MUZA et al., 2013, p 35).

Conforme vivenciava esses momentos de óbito na unidade neonatal, refletia cada vez mais sobre essa ideia de sonhos interrompidos e de como cuidar daquela família que agora tinha que lidar com a perda neonatal, tenha sido esse(a) bebê idealizado(a) ou não. Falo sobre esse cuidado, pois “estudos mostram que, para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 465). Mas, após o óbito do(a) RN, a família se despede do hospital e não há nenhum acompanhamento ou encaminhamento para os serviços de psicologia de fora do hospital, caso se faça necessário, para que essa família possa elaborar da melhor forma esse luto perinatal que para alguns e algumas é uma situação traumática.

Dessa forma, começava a visualizar cada vez mais o quão a psicologia é importante nesse contexto de internação e de como podemos proporcionar um certo alívio para a angústia que possa surgir. Todavia, ao passo que visualizava essa importância, também começava a surgir inseguranças no que diz respeito a atender a demanda em questão. Pois, em uma sociedade que coloca a morte e o luto como tabus, se espera que a intervenção da psicologia faça cessar o sofrimento de forma imediata e uniprofissional.

3.3 O Amor Que Tem Pressa: Prematuridade

A atuação da psicologia em um hospital não está relacionada apenas ao acolhimento e apoio em momentos de comunicação de notícias difíceis, também está direcionada em prestar assistência aos(às) usuários(as) do ambiente, assim como também à quem trabalha no local. Com o retorno do alojamento para acolher as mulheres-mães acompanhantes, atividades como rodas de conversa, oficinas artesanais e piqueniques voltaram a ser realizadas como momentos de descontração e de fomento à expressão de seus sentimentos, inquietações, afetações etc.

Dentre as diversas atividades que foram feitas no decorrer do estágio, em novembro de 2021, foram realizadas oficinas e atividades com as mulheres-mães acompanhantes com foco na campanha “Novembro Roxo”, que consiste em alertar sobre os índices e consequências da prematuridade, assim como prevenir o nascimento antes da hora.

A campanha do ano de 2021 teve como tema “A separação zero” e seu slogan foi “Separação Zero - Aja agora! Mantenha pais e bebês prematuros juntos”. Vale ressaltar que o novembro roxo é uma campanha realizada mundialmente e, no Brasil, suas ações são guiadas pela Associação Brasileira da Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros

(ONG Prematuridade.com), que conta com voluntárias(os) espalhadas(os) em diversos estados do país.

O slogan global da campanha é uma forma de criticar o distanciamento que foi imposto às mulheres-mães e pais de bebês prematuros(as), que faziam/fazem uso das UTIN e UCINCo, durante a pandemia da covid-19, buscando dar visibilidade à importância de suas presenças nas unidades neonatais. Assim, a unidade neonatal do hospital foi ornamentada com a temática do Novembro Roxo. Foram realizadas rodas de conversas e atividades de sensibilização com as mulheres-mães acompanhantes e equipes da unidade materno-infantil sobre a prematuridade, sempre trazendo a importância do MC enquanto posição e política de humanização.

Entendendo a importância dessas mulheres e familiares saberem de histórias positivas e de superação em uma unidade neonatal, uma das ornamentações do hospital durante a campanha do novembro roxo trazia diversos relatos de mulheres-mães sobre o período em que seus(suas) filhos(as) estavam na unidade neonatal desse hospital e sobre como se encontravam atualmente.

A ideia de que algum(a) bebê passou pela mesma situação e não sobreviveu ou teve sequelas, fazia com que muitas pensassem que a sua história teria o mesmo final. Por isso, em nossos acompanhamentos, era sempre alertado a essas mulheres-mães e família que cada bebê que ali estava era único(a) e que buscassem sempre não comparar os(as) RN'S com os(as) demais. Pois, cada um(a) responde ao processo da sua forma e no seu tempo e o importante é se alegrar com cada microevolução.

3.4 "E o pai vem visitar quando?": Paternidade e Unidade Neonatal

Observei que em nenhum momento os pais participaram das atividades referentes ao mês da prematuridade, pois eles só se faziam presentes nos dias e horários de visita da unidade neonatal. A paternidade, ao menos no contexto da unidade neonatal que estagiei, ainda que sabemos que não somente, parecia muito relacionada à ideia de autoridade, de sustentação financeira, de estabelecer limites e ser um modelo de masculinidade que não comporta e compartilha a noção de afeto, zelo e cuidado, que são ainda muito atribuídas e reduzidas à maternidade.

Esse modelo homogêneo e dominante patriarcal de pensar e construir a ideia de maternidade e paternidade ainda parece muito presente no contexto da unidade neonatal e nas práticas de cuidado em saúde ofertadas por profissionais. Logo, mesmo que o Inciso XII, do Artigo 12 da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, conforme citado anteriormente,

destaque a necessidade de espaços para a permanência de um dos pais (pai ou mulher-mãe) ou responsável pelo(a) neonato(a) em casos de internação, no hospital em questão não se fala em Espaço Para os Pais Acompanhantes, sendo exclusivamente obrigação da mulher-mãe acompanhar o(a) bebê.

Ou seja, a ordem patriarcal, racista e capitalista, que organiza a sociedade a partir de uma divisão sociossexual e racial das atividades reprodutivas e produtivas (HIRATA, 2004), parece predominante, estruturante e naturalizada também no setor neonatal. De maneira que ao pai lhe é destinado, fundamentalmente, o lugar/função de visitante, com dias e horários estabelecidos pelo hospital para estar com seu filho ou filha RN, mesmo quando ele deseja estar como pai e exercitar a paternidade.

Os impactos dessa lógica na saúde das mulheres-mães, no vínculo pai-bebê, no compartilhamento do cuidado com as filhas e filhos entre a mulher-mãe e o pai, possivelmente, serão afetados também nas vivências fora do hospital. E, se as mulheres-mães forem negras e pobres, os efeitos dessas desigualdades tendem a se tornar ainda mais acentuados (GONZÁLES, 1984; HIRATA, 2004; NOGUEIRA; PASSOS, 2020)

Em um determinado acolhimento realizado com uma mulher-mãe que ainda estava internada na maternidade do hospital e com o pai da bebê que estava como seu acompanhante, nos foi questionado (enquanto equipe de psicologia) por esse pai se ele poderia ser acompanhante da RN, caso a sua esposa não pudesse ficar, já que ela não estava muito bem fisicamente para estar indo à unidade neonatal. E tivemos que explicar a ele que o hospital apenas possui alojamento para as mulheres e, portanto, ele não poderia ficar como acompanhante da filha.

Saí daquele acolhimento me sentindo angustiada e cheia de questionamentos, pois esse pai me tirou da zona de conforto em que estava e sem saber me convidou a pensar diversas questões relacionadas à masculinidade, paternidade e a unidade neonatal: “e se a mulher-mãe não puder ser acompanhante?”. Questionei a minha preceptora sobre como era a conduta do hospital nessas situações e a resposta que tive foi que o(a) RN fica sem acompanhante. Isso me “partiu o coração”, pois mesmo que se fale na importância do vínculo mulher-mãe/pai-bebê, a realidade parece distanciar o vínculo pai-bebê nos ambientes hospitalares e seguir re-produzindo a lógica sociossexual, sexista, binária e patriarcal de que homens não cuidam e de que o trabalho reprodutivo, invisibilizado, não remunerado e desvalorizado, segue sendo “próprio” das mulheres, especialmente mulheres-mães.

Portanto, também se faz necessário refletirmos sobre como nós, enquanto estudantes, profissionais da saúde e sociedade, de forma similar afastamos esse pai dos cenários que os

pertencem. Afastamos quando o impedimos de participar do processo de amamentação na unidade neonatal, quando somente pensamos em um alojamento para as mulheres-mães acompanhantes e deixamos o pai apenas como visita, quando a mulher-mãe se preocupa porque deixou o(a) bebê sobre os cuidados do pai, pois não acredita que ele é capaz de cuidar do(a) filho(a) etc.

Durante o estágio, percebi pouca participação paterna neste momento de internação do(a) bebê, na realização das vistas que são permitidas, seja porque o pai está em horário de trabalho, por não estar mais em um relacionamento com a mulher-mãe do(a) bebê ou por usar sua licença paternidade para resolver alguma situação pendente. Mas, ainda assim, tem alguns pais que se fazem presente no momento de internação do(a) RN, e com esses pais, para além da escuta, a psicologia busca sempre conversar sobre a importância da sua participação na vida do(a) filho(a), estimular a criação e manutenção do vínculo pai-bebê e sua participação ativa nos cuidados com o(a) RN.

É importante compreendermos que o pai cisgênero não amamenta, mas pode (e deve) auxiliar a mulher-mãe de diversas formas como, por exemplo, colocando o(a) bebê para arrotar, para dormir, trocando a fralda etc. E para além dos cuidados enquanto a criança ainda está na primeira infância, é necessário manter esse vínculo afetivo e responsável em todas as fases da vida do(a) filho(a). Pois, assim como a maternidade, a paternidade dura a vida toda.

Nos deparamos também com homens que não reconhecem de forma espontânea a paternidade e solicitam teste de DNA para comprovação, causando mais sofrimento nas mulheres-mães que já estão fragilizadas frente à situação de seu(sua) RN. E para cada mulher-mãe que relatava que esse homem fez a solicitação do teste de paternidade ou sobre os homens que simplesmente não assumiram a paternidade, lembrava-me do trecho de uma música que resume muito o que eu sentia: “É triste ver que os muleke da minha quebrada não teve a mesma sorte que eu, um pai presente, no país onde o homem que aborta mais, vai entender né...” (DJONGA, 2019).

Em nossa sociedade, especialmente no momento atual, o direito ao aborto como questão de saúde pública ainda parece algo distante e permeado de questões e valores morais e conservadores. De modo que até nos casos permitidos por lei, esse direito vem sendo ameaçado e negado, como vimos com a criança de 11 anos que engravidou após ser vítima de violência sexual e teve, a princípio, seu direito negado por uma juíza em Santa Catarina[3]. Mas

[3] Essa notícia foi amplamente divulgada pela mídia: https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2022/06/oab-vai-atuar-na-defesa-de-menina-de-11-anos-vitima-de-estupro-que-teve-direito-ao-aborto-negado/

pouco se fala de outro tipo de aborto, que é o abandono paterno, a desresponsabilização da paternidade por parte de muitos homens.

O Portal da transparência do registro civil[4], tem uma parte dedicada ao tema de pais ausentes. Algumas matérias publicadas em mídia virtual, como no site bebê.com.br e o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM, 2022), apontam que durante a pandemia da covid-19, mesmo havendo uma redução no número de nascimentos no Brasil, o reconhecimento da paternidade caiu, aumentando o número de mulheres-mães solo:

> Mais de 320 mil crianças brasileiras foram registradas apenas com o nome da mãe na certidão de nascimento em meio à pandemia da Covid-19. O número equivale a 6% do total de crianças nascidas no país, maior percentual desde 2016. [...]. Em números absolutos, 160.407 recém-nascidos foram registrados apenas com o nome da mãe em sua certidão de nascimento em 2020. Em 2021, foram 167.399 mil. Os índices chamam atenção por manter o patamar dos anos anteriores, apesar de serem verificados nos anos com o menor índice de nascimentos desde o início da série histórica dos cartórios, em 2003: 2.644.562 registros em 2020 e 2.642.261 em 2021. (IBDFAM, 2022)[5]

Enquanto se julga e criminaliza a mulher que pensa, tenta e/ou realiza um aborto, pouco se denuncia, critica e questiona quando um homem não assume a paternidade e até se faz piada com esse tipo de aborto. Pois, como muitas pessoas já devem ter escutado, o homem parece autorizado pela sociedade abortar a sua paternidade, "foi comprar um cigarro e não voltou" ou "não tem certeza que o filho é dele" etc.

3.5 E a Família, Quem Pode Nos Visitar?

Historicamente, a família e seus modelos foram se modificando com a passagem do tempo. Portanto, ao analisar a família não podemos pensar somente na família tradicional nuclear, visto que a família vem apresentando novas configurações em nossa sociedade, que podem se constituir de diversas formas, como casais homo ou heterossexuais com ou sem filhos(as), mulheres-mães ou pais sozinhas(os), amigos(as) morando juntos(as), avós e avôs morando e cuidando de netas e netos, dentre outras.

Essas questões são (ou deveriam ser) de interesse para profissionais de unidades neonatais já que no dia a dia encontramos diversas famílias e/em suas diferentes configurações. De forma que o Método Canguru

> convida as equipes a utilizarem um olhar dirigido às relações, aos vínculos existentes entre as diferentes pessoas que configuram as famílias que passam a fazer parte do espaço e da rotina nas unidades neonatais (BRASIL, 2017, p.130).

---

[4] Fonte: https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes

[5] Fonte: https://ibdfam.org.br/noticias/9450/Mais+de+320+mil+crian%C3%A7as+foram+registradas+sem+nome+do+pai+na+pandemia%3B+reconhecimento+de+paternidade+caiu+32+por+cento.

Todavia, as unidades neonatais ainda centram suas ações na figura materna quando deveriam buscar acolher as diversas configurações familiares e redes de apoio que se apresentam, a fim de oferecerem um melhor suporte ao(à) RN e sua família. Além disso, é direito da criança, conforme citado anteriormente, ser acompanhado(a) por mãe, pai ou responsável durante a sua internação, assim como tem o direito de receber visitas. Entretanto, a unidade neonatal somente permite a visita da figura paterna, avô e avó.

Já presenciei tias, amigas, primas e cunhadas, que estavam como acompanhantes, serem negadas de visitar o(a) RN por não serem o pai da criança. O(A) bebê faz parte de uma família, portanto a presença dessa família na unidade neonatal é um direito que deve ser respeitado.

Acompanhar as mulheres-mães acompanhantes é ser atravessada por diversas vivências e experiências que são muito particulares a cada uma. Lembro-me de cada mulher que em conversa relatava sobre os abusos físicos e psicológicos sofridos no passado, da mulher que estava sozinha na enfermaria da maternidade e contava não ter uma rede apoio, da mulher que conciliava a maternidade com o trabalho remunerado, com a faculdade, com o cuidado com a casa e dirigido ao marido adoecido. Via em cada uma daquelas mulheres uma força incomum e os efeitos do patriarcado ainda tão comum, infelizmente.

Quando decidi estagiar na unidade neonatal, não imaginava que encontraria histórias tão marcantes, acreditava que a única demanda que existiria seria de famílias tendo que lidar com o(a) bebê internado(a) em um ambiente que se torna tão assustador, como uma UTIN e UCINCo. Talvez tenha esquecido que cada um(a) que compõe essa família tem suas vivências, suas dores, suas alegrias e suas singularidades. Atuar em um hospital não é só visualizar a demanda proposta pelo setor, é também olhar para o ser humano que está à nossa frente e para como nos sentimos e nos posicionamos diante dele.

Portanto, para acolher e acompanhar as mulheres-mães é necessário abraçar as individualidades de cada uma e, em tempos de isolamento social, entender que esse distanciamento de seus/suas familiares, afetos e rede de apoio poderá causar mais sofrimento à sua estadia no hospital. Pois, como muitas relatam, é comum se sentirem como se estivessem encarceradas, já que não podem sair e/ou receber visitas. Dessa forma, é necessário criar um ambiente confortável e acolhedor para todas as pessoas envolvidas, mulher-mãe, bebê, pai e outras e outros familiares.

3.6 “Isso Não é Coisa de Mãe de Família”: A Maternidade e o Uso de Álcool e Outras Drogas

Outra questão marcante e que parecia inquietar a equipe era sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas por parte de mulheres-mães e/ou mulheres gestantes:

> O uso de drogas durante o período gestacional é um grave problema de saúde pública que exige modos eficazes de melhor acolher e cuidar das mulheres gestantes durante esse delicado período (BRASIL, 2017, p. 132).

Assim como já acompanhamos mulheres que compartilharam que após descobrirem a gravidez pararam de fazer uso de álcool e/ou outras drogas, também nos deparamos com aquelas que disseram fazer uso durante toda a gestação. As mulheres que eram tabagistas e começaram a apresentar sintomas de abstinência de nicotina durante a internação no hospital também pareciam dar "mais trabalho". Pois, não é permitido fumar nas dependências do hospital, não é permitido sair do hospital para fumar. Uma das mulheres-mães que acompanhei estava habituada a fumar diversos maços de cigarro por dia e era julgada pelos(as) profissionais da saúde por querer fumar estando amamentando.

Em muitos momentos a abordagem moralizante da equipe parecia afastar essas mulheres-mães e dificultar a construção de um vínculo de confiança, contribuindo para que diversas mulheres, na sua admissão no hospital, omitissem a informação sobre uso de álcool e/ou outras drogas e somente muito tempo depois compartilhassem essa informação conosco, pois "essas mulheres sentem medo de serem julgadas pelos profissionais, em função do uso de drogas" (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014, p.432). "O estigma que usuários de drogas sofrem se amplifica no caso das gestantes, por não se enquadrarem num ideal de mãe e por ser um problema que põe em risco a sua saúde e a de seu filho" (BRASIL, 2017, p.132).

Portanto, conforme aponta o manual técnico do Método Canguru, se faz necessário uma sensibilização e qualificação por parte dos(as) profissionais para que ele(a) busque compreender o universo das mulheres puérperas usuárias de álcool e/ou outras drogas, deixe seus (pre)conceitos de lado e possibilite um acompanhamento de qualidade e humanizado levando em consideração a condição social e subjetiva de cada mulher e a singularidade de cada caso. De modo a reduzir danos a essa mulher-mãe e ao(à) RN antes, durante e depois da internação, visto que o foco deve ser a saúde da mulher e de seu(sua) bebê.

Confesso que ao mesmo passo que me indignava ouvir discursos moralizantes e/ou quando tratavam como sendo dependente química uma mulher-mãe que dizia que antes da gestação fazia uso de substâncias ilícitas, também me preocupava em como aquela mulher-mãe agiria depois da internação. Não de forma a julgá-la, mas por pensar que o(a) bebê prematuro(a) necessita de cuidados especiais e que o uso de álcool e/ou outras drogas pela mulher-mãe lactante pudesse comprometer a saúde desse(a) RN lactente, visto que

> a ingestão de bebidas alcoólicas durante a lactação afeta o metabolismo materno, repercutindo no metabolismo e desenvolvimento dos recém-nascidos, não sendo conclusivo, até o momento, a partir de qual quantidade-limite a ingestão de ethanol provoca alterações fisiopatológicas e clínicas (BURGOS et al, 2004, s/n).

O Manual Técnico do Método Canguru nos chama atenção para o fato de que apesar do uso de álcool e outras drogas por mulheres ser, na grande maioria das vezes, associado às mulheres negras e em situação de pobreza, é necessário estar ciente de que o uso dessas substâncias ocorre em todas as classes sociais, com pessoas de todas as cores/raças e etnias. Assim, o MC nos atenta sobre a importância de ampliar o olhar para a situação, de forma a não se ter uma postura omissa às mulheres puérperas de classe média e alta enquanto se tem uma postura moralista com aquelas mais pobres, visto que diversos são os fatores que podem levar a mulher ao uso abusivo do álcool e outras drogas, como a convivência com pessoas usuárias, pelo próprio prazer da ingestão, estresse etc.

Por isso, a perspectiva interseccional nos convida a uma práxis interseccional crítica que considera que a promoção de um cuidado em saúde integral, humanizado e equitativo a uma mulher-mãe que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, por exemplo, nos demanda também uma análise das interseccções entre gênero, cor/raça, etnia, classe, geração etc., que estruturam e articulam opressões e discriminações diversas (CRENSHAW, 2002) e que podem nos dar pistas de como o cuidado pode ser ofertado na singularidade daquela pessoa, família etc.

Assim, parece desafiador e potente ao mesmo tempo fomentar espaços de reflexão e diálogo entre e nas equipes que considerem, como afirmam Collins e Bilge (2021, p. 66), que

> A solução de problemas está no cerne da práxis da interseccionalidade e os tipos de problemas sociais gerados pelos sistemas interseccionais de poder prestam-se ao conhecimento desenvolvido pela práxis. A práxis entende que o pensar e o fazer, ou a teoria e a ação, estão intimamente ligados e moldam um ao outro. Rejeita concepções binárias que veem os estudos acadêmicos como fonte de teorias e estruturas e relega a prática às pessoas que aplicam essas ideias em contexto da vida real ou a problemas da vida real. O conhecimento baseado na práxis – por exemplo, a prática profissional de uma equipe médica treinada ou a habilidade de organizar movimentos sociais – considera que teoria e prática são interconectadas.

Logo, hoje entendo que a equipe de psicologia buscou construir um cuidado interseccional que nos convidou, por exemplo, a conversar com uma mulher-mãe tabagista e "negociar" com ela alguns cigarros e algumas horas na área externa do hospital para que ela fumasse, a fim de que sua crise de abstinência diminuísse. Pois, a intenção não é fazer com que esse ambiente se torne um espaço de internação compulsória para tratamento com enfoque na abstinência do uso abusivo de substâncias e sim ter a estratégia de redução de danos como um importante dispositivo na oferta do cuidado integral e singular.

Dessa forma, é necessário que o(a) profissional da unidade neonatal se faça presente nos estudos e discussões a respeito dessa temática, de forma que esteja preparado(a) para acolher essa mulher-mãe que é tão criminalizada e, muitas vezes, reduzida ao tabagismo, ao uso abusivo do álcool etc.

3.7 O Vínculo Afetivo Entre Mulher-mãe e Bebê

Em alguns momentos acolhemos e acompanhamos mulheres que já foram mães de prematuros(as), algumas que retornaram com seus(suas) bebês para casa e outras não, pois os(as) bebês foram a óbito na unidade neonatal. E com essas mulheres que já haviam vivenciado a unidade neonatal e seus(suas) bebês faleceram, muitas vezes era complicado de trabalhar, pois eu tinha medo de falar e/ou perguntar algo que as machucassem mais. Era um atendimento muito delicado que, ao mesmo tempo exigia muita firmeza para trazer para aquela mulher-mãe a ideia de que cada bebê é único(a) e explicar as diferenças de cada caso, também demandava dialogarmos sobre as evoluções do(a) bebê que naquele momento estava na unidade neonatal.

Algumas se negavam a ir ver o(a) RN, relatavam que não queriam se apegar ao(à) bebê para não aumentar o sofrimento caso o óbito ocorresse, que ainda tinham as lembranças da internação anterior muito frescas e entrar na unidade neonatal era muito angustiante. E é necessário entender esse processo, ter paciência com o tempo da mulher-mãe e não apressar essa mulher no seu processo de maternagem com esse(a) bebê.

A formação do vínculo materno não ocorre de forma automática e imediata, ela ocorre gradativamente e, portanto, necessita de tempo e compreensão. A construção desse vínculo ainda na gestação parece fundamental, e tende a ser estabelecido através da relação com o feto, como o toque na barriga, criando uma maior integração com o(a) bebê e fortalecendo seus vínculos afetivos futuros.

De acordo com Souza N.L., *et al* (2010, p.356-67),

> o longo período de hospitalização do RN interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados com o prematuro e consequentemente na formação da ligação mãe-bebê (apud PONTES, et al, 2014, p.291).

Isso pode ocorrer pois, a mulher-mãe em muitos momentos é distanciada dos cuidados com o(a) bebê, muitas vezes não tem contato com ele(a) para além de sua visualização na incubadora. Tem também o estresse do ambiente hospitalar, o medo da possível perda, dentre outras situações como a preocupação com a família que está em casa, preocupação com pendências a serem resolvidas etc.

Portanto, a psicologia pode contribuir também na construção e fortalecimento desse vínculo, não só entre a mulher-mãe e bebê, mas também entre pai e bebê e no fomento, junto à equipe, para a oferta de um cuidado em saúde integral e singular a cada mulher-mãe e RN, que considere essas questões e não apenas as condições clínicas.

Muitas das mulheres-mães da UTIN pareciam estar com dificuldades em elaborar a sua função materna, pois para elas era uma situação não esperada devido a sua gestação não ter apresentado intercorrências. Era como se o ambiente hospitalar, com todo seu aparato tecnológico, distanciasse essa mulher-mãe do exercício da maternidade, da ideia do cuidado da mulher-mãe para com o(a) bebê. Depois da alta do(a) bebê, muitas relatavam estar com um certo medo de não saber cuidar de seu(sua) filho(a) por precisar de mais atenção devido à prematuridade.

A maioria das mulheres compartilhavam conosco que a gravidez não foi planejada para aquele momento e algumas ainda mencionavam que não possuíam esse desejo pela maternidade e que estavam se adaptando a essa nova realidade que é ser mãe e ser mãe de um(a) bebê que está na UTIN ou UCINCo. De acordo com Prietsch et al (2011, p.1906), a

> gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável.

E com algumas dessas mulheres-mães era possível visualizar a dificuldade de se estabelecer o vínculo afetivo com o(a) bebê e o quanto isso parecia refletir na amamentação. Muitas não compareciam ao Banco de Leite Humano do hospital para realizar a ordenha, não mostravam interesse em entender o quadro clínico do(a) filho e/ou somente compareciam à UTIN/UCINCo quando as(os) profissionais do setor as pressionavam. O comportamento dessa mulher-mãe era recriminado pela equipe neonatal e a psicologia era sempre solicitada para trazer essa mulher à unidade, como se a equipe dissesse e pensasse: “ora, quem mais poderia convencer aquela mulher a fazer seu papel de mãe senão a psicologia?”

Todavia a psicologia já estava agindo ali respeitando o tempo dessa mulher-mãe, sensibilizando-a sobre a importância de sua presença na unidade neonatal, mostrando como o(a) RN precisa de seus cuidados, carinhos e presença. Nós, psicólogas e estagiárias, buscávamos inserir a mulher-mãe aos poucos na unidade neonatal, tentando fortalecer os seus vínculos com a sua rede de apoio e, acima de tudo, cuidando do seu emocional. Pois, compreendíamos que essa experiência parecia produzir um misto de emoções, que envolve o se tornar mãe sem a maternidade ter feito parte de seus planos e até de seus desejos. De modo

que ter um(a) filho(a) internado(a) em uma UTIN ou UCINCo e estar longe de seus afetos nesse momento parecia mobilizador de muitas emoções, pensamentos, sentimentos.

A temática da gravidez não planejada ainda é muito associada à gravidez na adolescência ou a pessoas que não vivem em matrimônio, todavia esse não é um fato que ocorre somente para um determinado grupo de pessoas. Há casais heterossexuais que não desejam filhos(as), contrariando o imaginário social da sociedade sobre a família tradicional, e esse não planejamento de uma gravidez pode afetar emocionalmente a mulher-mãe e/ou pai, podendo fragilizar a relação mulher-mãe/pai-bebê antes e após o nascimento do(a) filho(a).

A assistência ao planejamento familiar é garantida por lei e oferecida, de forma predominante, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sendo a gravidez não planejada um problema de saúde pública, se torna necessário garantir às mulheres e outras pessoas com útero o direito de decidir sobre o melhor momento para gestar ou não, pois a gravidez e maternidade não são um destino dos corpos com úteros e tem pessoas com útero que podem gestar e parir, mas não necessariamente desejam se tornarem mães e exercer a maternidade.

Logo, assegurar o direito fundamental da pessoa com útero escolher se e quando vai gestar e parir é importante e necessário e deve compor o processo de cuidado em saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas. Incidindo sobre as desigualdades entre homens e mulheres e promovendo um cuidado em saúde com base no princípio doutrinário da equidade, como institui o SUS, desde uma perspectiva interseccional.

3.8 Gravidez Precoce: A Maternidade Subestimada

Outro ponto que muito me chamou atenção durante esses meses foi a quantidade de adolescentes puérperas na unidade neonatal. Havia muitas mulheres-mães adolescentes que relatavam não terem planejado a gravidez e observamos em algumas os desafios do maternar. Era frequente deixar suas filhas e filhos recém-nascidas(os) à cargo dos cuidados, incluindo o sustento econômico, das suas mães, ou seja, das avós das crianças, que seguiam cuidando das filhas adolescentes e das(os) filhas(os) delas.

Todavia, há também aquelas que afirmam ter planejado a sua gestação, pois tinham o desejo de ser mãe naquele momento, na adolescência. E com essas mulheres visualizamos de forma mais nítida como a sociedade atribui à mulher que esta somente será completa quando for mãe e que deve se sacrificar e renunciar seus sonhos para ser mãe.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2008) define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos, que corresponde à fase entre a infância e a idade adulta. Todavia,

a gravidez na adolescência "na história da humanidade, não constitui um fenômeno recente, mas se evidencia desde a antiguidade, quando os contratos de casamento eram feitos com as meninas com a idade de 13 a 14 anos" (RODRIGUES *et al*., 2009, p. 456).

Atualmente, a gravidez no período da adolescência se tornou objeto de preocupação por ser uma gestação de risco, pois a mulher-mãe adolescente não está preparada fisicamente para a gestação, aumentando as chances do(a) RN nascer prematuro(a) e/ou com baixo peso. Dessa forma, é necessário se pensar a gravidez na adolescência, seja ela planejada ou não, como uma questão de saúde pública e social, pois diversas são as causas e consequências dessa gestação considerada tecnicamente e socialmente, na atualidade, como precoce.

De acordo com Costa *et al.,* (2011, p.184):

> Existem fatores de natureza objetiva e subjetiva que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva, tais como o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das meninas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação estável como parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativa de mudança social e de obtenção de autonomia através da maternidade.

Silva e Melo (2020), pontuam que a maternidade no período da adolescência é um fenômeno que ocorre nas mais diversas regiões do Brasil, em diferentes grupos etários e de renda. Todavia, afirmam que as jovens mais pobres, com baixa escolaridade ou analfabetas, possuem maior probabilidade de engravidar quando se compara com adolescentes com diferentes condições socioeconômicas e educacionais.

Lidar com mulheres-mães adolescentes requer um olhar muito atencioso, não que com as demais não necessite, pois estas costumam sofrer muito preconceito fora e dentro do hospital por sua gestação considerada precoce, pois não era incomum visualizar expressões de julgamento voltados para as mulheres-mães adolescentes. Além disso, "as jovens mães atravessam momentos difíceis, vivenciando a possibilidade de morte do filho em uma etapa precoce de sua existência" (SILVA; MELO, 2020, p. 254).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio é muito aguardado por muitos(as) dos(as) estudantes de graduação, pois há a expectativa de colocar em prática o que é visto através da teoria e, para muitos(as), é o primeiro contato com o ambiente que pretende atuar, se aproximando, assim, da realidade escolhida. Mas estagiar nem sempre é fácil, pois nesse percurso podem surgir dúvidas sobre estar pronta(o) para essa responsabilidade, se é que existe algo que valide o que é estar

pronta(o), surge o medo de falhar e nos questionamos se iremos nos identificar com o cenário de prática.

Se tratando da psicologia, muitas vezes há muita insegurança, pois, no imaginário social sempre teremos uma resposta para tudo, tratam o(a) estudante de psicologia e psicólogo(a) como aquele(a) que irá acabar com todo sofrimento e angústia imediatamente. Aquele(a) que sempre terá algo para falar e, por vezes, não há o que falar. Às vezes um abraço, um carinho e/ou um olhar carregado de afeto já era o suficiente para aquelas pessoas.

Iniciamos o estágio dizendo a nós mesmos(as) que não iremos nos apegar aos(às) usuários(as) do serviço, como forma de nos proteger, caso seja necessário realizar a comunicação de uma notícia difícil. Mas é necessário nos permitirmos criar esses laços/vínculos, nos permitir ser humanos(as) em nossa atuação profissional. Vibramos com mais intensidade o momento de alta hospitalar, as idas à UCINCa ou Alojamento Conjunto (Alcon) e nos tornamos mais sensíveis e olhamos com mais cuidado e afeto os momentos difíceis.

Este relato de experiência está longe de externar todas as experiências, inquietações e afetações vivenciadas durante o período do estágio. A atuação na unidade neonatal, contribuiu em larga escala para minha formação acadêmica, quanto para a melhoria da assistência prestada no local. Foi possível desenvolver e aperfeiçoar posicionamentos e atitudes necessárias para a prática do(a) profissional da psicologia em unidade neonatal, relacionando teoria e prática. Apesar das limitações, como a falta de um ambiente com privacidade e as medidas de biossegurança adotadas por causa da pandemia da covid-19, em especial o distanciamento social, foi possível realizar uma assistência humanizada.

Atuar na atenção terciária nos exige entender que aquelas pessoas que estão à nossa frente tem uma história, tem sua individualidade. É entender que ali há mais que um corpo adoecido, que há mais que um pai, uma mulher-mãe e uma família de unidade neonatal. É um processo de ouvir, acolher e se sensibilizar com os anseios dessas pessoas que são atravessadas(os) por diversas questões, sejam elas emocionais e/ou sociais.

Ainda há muito que avançar no que diz respeito à assistência prestada em unidade neonatal, pois parece que ainda muito se fala sobre as práticas do Método Canguru, mas pouco se vive as suas orientações. Discutir, por exemplo, configurações familiares, classe, raça, gênero e vulnerabilidades sociais, mesmo tendo muita importância para se prestar uma assistência digna, é deixado de lado pela maioria das pessoas que compõem o setor. De forma que ainda se reproduzem lógicas patriarcais e carregadas de julgamentos para aquelas mulheres-mães que não seguem o “ideal” da maternidade.

A psicologia se torna importante nesse cenário justamente por auxiliar a família frente a um momento tão fragilizador que é ter um(a) recém-nascido(a) internado(a) em unidade neonatal, momento esse que gera incertezas, angústias e medo. Todavia, a atuação da psicologia em uma unidade neonatal deve ser entendida não somente como o oferecer escuta, mas também buscar meios de se prestar uma assistência digna, humanizada e politizada junto ao(à) usuário(a) do serviço.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2605-2613, set. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000900015. Acesso em: 19 jun. 2022.

ALVES, Isabella Drummond Oliveira Laterza; FREITAS, Amanda Pereira Barbosa; ABREU, Angélica Cristina Oliveira; COÊLHO, Melissa Batista; PERES, Taís Castro. Um estudo sobre o papel do psicólogo hospitalar. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXVII, Nº. 000105, 21/03/2017. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/artigo/um-estudo-sobre-o-papel-do-psicologo-hospitalar. Acesso em: 06 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, p.96, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.020, de 29 de maio de 2013.** 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: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Nº 91 (dez. 2012), Seção I, p.138. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

COSTA, Evaldo Lima da; SENA, Maria Cristina Ferreira; DIAS, Adriano. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 22 Sup 1, p.183-188, 2011. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619060. Acesso em: 9 abr. 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, Kimberle Williams. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev. Estud. Fem. [online],v.10, n.1, p.171-188, 2002. Acesso em 15 jul. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf

DJONGA. **Bença**. Belo Horizonte. Ceia. 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=vItmJnY-waY. Acesso em: 07 mai. 2022.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 462-467, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000400016. Acesso em: 10 abr. 2022.

GORETTI PESSOA DE ARAUJO BURGOS, Maria; MARTINS BION, Francisca; CAMPOS, Florisbela. Lactação e álcool: Efeitos clínicos e nutricionaisLactation and alcohol: Clinical and nutritional effects. **ALAN**, Caracas, v. 54, n. 1, p. 25-35, 2004. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000100005&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 10 jul. 2022.

GONZALES, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, ANPOCS, p. 223-244, 1984. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf. Acesso em: 07 jul. 2022.

HIRATA, Helena. Trabalho doméstico: uma servidão "voluntária"? In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia. (orgs.). **Políticas Públicas e Igualdade de Gênero**. São Paulo:

Coordenadoria Especial da Mulher, 2004, p.43-54. Disponível em: https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05630.pdf. Acesso em: 07 jul. 2022.

KASSADA, Danielle Satie; MARCON, Sonia Silva; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Perceptions and practices of pregnant women attended in primary care using illicit drugs. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140061. Acesso em: 10 jul. 2022.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A produção de informação na pesquisa social:** compartilhando ferramentas (online). Rio de Janeiro: Centro Eldestein de Pesquisas Sociais, 2014, p. 273-294. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/19088/1/2014_capliv_rpmello.pdf. Acesso em 18 jun. 2022.

MUZA, Júlia Costa; SOUSA, Erica Nascimento de; ARRAIS, Alessandra da Rocha; IACONELLI, Vera. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. prat**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2022.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A DIVISÃO SOCIOSSEXUAL E RACIAL DO TRABALHO NO CENÁRIO DE EPIDEMIA DO COVID-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Cad. CRH**, v.33, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.36118. Acesso em: 07 jul. 2022.

PONTES, Gabriela Arruda Reinaux; CANTILLINO, Amaury. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 290-298, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000037. Acesso em: 9 abr. 2022.

PRIETSCH, Silvio Omar Macedo; GONZÁLEZ-CHICA, David Alejandro; CESAR, Juraci A.; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001000004. Acesso em: 10 abr. 2022.

RODRIGUES, Dafne Paiva; RODRIGUES, Rafael de Araujo da; SILVA, Lucilane Maria Sales; JORGE, Salete Bessa; VASCONCELOS, Léa Dias Gomes Pimentel. O ADOLESCER E SER MÃE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v14i3.16166. Acesso em: 11 jul. 2022.

SILVA, Janine Conceição Araújo; MELO, Symone Fernandes de. Mães adolescentes com bebês em UTI neonatal: reflexões fenomenológicas sobre a vida e a morte. **PHENOMENOLOGICAL STUDIES - Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 26, n. 3, p. 253-266, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18065/2020v26n3.2. Acesso em: 11 jul. 2022.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000200003. Acesso em 16 out. 2021.