



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**“A MÃE TEM QUE FICAR, MAS O PAI VAI SAIR”:
PAPÉIS PATERNOS E MATERNOs NA UNIDADE NEONATAL DE UMA
INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Letícia Warwar Zaffari

Rio de Janeiro
Março/2020



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**“A MÃE TEM QUE FICAR, MAS O PAI VAI SAIR”:
PAPÉIS PATERNOS E MATERNOS NA UNIDADE NEONATAL DE UMA
INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Letícia Warwar Zaffari

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadoras: Claudia Bonan Jannotti
Maria de Fátima Junqueira-Marinho

Rio de Janeiro
Março/2020

CIP - Catalogação na Publicação

Zaffari, Letícia.

“A mãe tem que ficar, mas o pai vai sair”: papéis paternos e maternos na unidade neonatal de uma instituição pública / Letícia Zaffari. - Rio de Janeiro, 2020.

75 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientadora: Claudia Bonan Jannotti.

Co-orientadora: Maria de Fátima Junqueira-Marinho.

Bibliografia: f. 62-67

1. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 2. Relações mãe-filho. 3. Relações pai-filho. 4. Gênero e Saúde. 5. Identidade de Gênero. I. Título.

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, Claudia Bonan e Fátima Junqueira, por serem a melhor dupla de orientação que eu poderia ter, por tornarem este trabalho possível, por me acompanharem (muito) de perto nessa jornada, por tudo que me ensinam e por todas as trocas.

À Corina Mendes, ao Marcos Nascimento e à Zaira Custódio, por aceitarem o convite para compor a banca, pelo tempo dedicado à leitura do trabalho e por compartilharem comigo seus conhecimentos.

Ao meu marido, Frederico Medeiros, por estar ao meu lado incansavelmente, por me apoiar, por tornar nossa casa um lar, por ser a força que eu preciso nos momentos mais turbulentos e pela vida que estamos construindo juntos.

Ao meu pai, Francisco Zaffari, pela presença, ainda que a quilômetros de distância, e por me mostrar a beleza e o poder da (re)construção de vínculos.

Aos meus sogros, Rosa Leal e Pedro Paulo, por me receberem como uma filha e por serem tão cuidadosos comigo nos momentos que mais preciso.

À Bruna D'Alincourt, minha “gêmea psíquica”, por me entender melhor do que ninguém e dividir comigo as alegrias e angústias da vida e da academia.

À Camila Zaffari, por, mesmo de longe, se fazer sempre presente, por todas as longas conversas e por ser uma das pessoas mais fundamentais na minha vida.

À Érica Quintaães, por me inspirar todos os dias e por ser uma das pessoas que mais contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À Giselle Leitão, por fazer parte do meu processo de crescimento, por sempre me fazer acreditar que eu sou capaz e me incentivar a seguir em frente.

À Livia Avelino, pela amizade, carinho e por todas as conversas que foram importantíssimas ao longo desse processo.

À Milena Ribeiro (e, agora, à Carol), minha eterna dupla de trabalho, pela presença e cuidado, pela preocupação comigo, por tudo que vivemos juntas e pelo que ainda viveremos.

À Nina Monassa, uma das mulheres mais incríveis que eu conheço, por segurar minha mão todas as vezes em que precisei e por uma vida inteira de amizade e companheirismo.

Ao Rafael Semedo, pela revisão cuidadosa deste texto e, acima de tudo, por estar ao meu lado nos momentos em que eu mais precisei de um ombro amigo.

À minha terapeuta, Ingrid Dahás, por cuidar de mim, pela escuta sensível e atenta e por ser parte essencial do meu processo de autocuidado.

À Adriana Lacerda e Marcelo Barbosa, por tudo o que me ensinam todos os dias, por serem exemplos de como lidar com as famílias dos bebês internados e, principalmente, pela amizade e acolhimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

A concepção de que os cuidados e a criação dos filhos são responsabilidades femininas ainda tem muita força em nossa cultura. Essa ideia é baseada em uma ordem normativa de gênero que concebe a mulher como “naturalmente” afetiva e maternal, com vocação para o cuidado, enquanto o homem é colocado como figura ligada à provisão financeira e representação da família no espaço público. Serviços e profissionais de saúde também reforçam essas normas e responsabilizam principalmente as mulheres pelos cuidados com os filhos. No âmbito dos cuidados neonatais, não é diferente: seja no contexto de um nascimento saudável ou de uma internação em unidade de tratamento neonatal, as mães são chamadas a desempenhar o papel de cuidadoras zelosas, enquanto os pais são secundarizados ou mesmo excluídos. O objetivo desta dissertação de mestrado é compreender as dinâmicas através das quais lugares paternos e maternos se estabelecem na unidade neonatal de uma instituição pública de assistência, ensino e pesquisa, bem como entender de que maneira se (re)produzem ou não estereótipos e papéis de gênero e a clássica divisão sexual do trabalho neste ambiente. Para isso, realizou-se uma etnografia aplicada ao campo da saúde, que incluiu observação participante e entrevistas abertas. Os resultados foram analisados e divididos nas seguintes temáticas: (re)conhecendo a unidade neonatal: um espaço construído no feminino; o homem provedor e a mulher cuidadora: a reiteração da divisão sexual do trabalho na UTI Neonatal; masculinidade e feminilidade se constroem também no “bio”: as representações do corpo sexuado e de suas vocações; o gênero em disputa na unidade neonatal. Na pesquisa, conclui-se que as concepções e práticas do serviço e dos profissionais de saúde se calcam, muitas vezes de forma involuntária, nas ideias normativas de que homens e mulheres são “naturalmente” dados a exercer tarefas distintas na criação dos filhos, sendo as mulheres cuidadoras e os homens, provedores. Intensos debates sobre paternidade ativa têm sido travados no Brasil nos últimos anos, e novas leis e políticas a respeito do tema têm sido implementadas. Contudo, as mudanças ainda são tímidas e insuficientes, apenas tangenciando as bases mais fortes que estruturam a divisão sexual do trabalho, os papéis de homens e mulheres, e as identidades e simbolismos do feminino e do masculino.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Relações mãe-filho; Relações pai-filho; Gênero e Saúde; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

The conception that child rearing and caretaking are female responsibilities is still very strong in our culture. This idea is based on gender norms according to which women are naturally affective and maternal, naturally prone to caretaking, while men are expected to provide financial support and family representation in the public sphere. Health services and professionals also reinforce these norms and assume that women are the primary caregivers for children. The context of neonatal care is no different in this sense: be it within the circumstances of healthy childbirth or of an intensive care unit, mothers are presumed to play the role of zealous caretakers, while fathers are either of secondary importance or simply excluded. This master's thesis aims to address the establishment of the dynamics of motherhood and fatherhood within the neonatal unit of a public institution of assistance, teaching, and research, as well as to understand the way in which the classical division of labor and gender roles and stereotypes are (re)produced in such place. Thus, an ethnography was carried out in the field of healthcare, which included participating observation and open interviews. The results were analyzed and divided in the following categories: understanding the neonatal unit: a space constructed around the feminine; the male provider and the female caregiver: the reiteration of the sexual division of labor in the NICU; masculinity and femininity are also a "bio" construction: the representations of gender-oriented bodies and their calling; the gender power struggles in the neonatal unit. This research leads to the conclusion that the conceptions and practices of healthcare professionals are based, many times involuntarily, on the normative ideas that men and women are "naturally" predisposed to fulfill different tasks in child rearing, with women taking the position of caregivers and men that of providers. Intense debates about active paternity have been taking place in Brazil in the last few years, and new laws and policies have been implemented. However, changes are still slow and insufficient, merely touching upon the stronger basis that supports the sexual division of labor, the role of men and women, and the identities and symbolisms of the male and the female.

Keywords: NICU; Mother-child relations; Father-child relations; Gender and health; Gender identity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2 QUADRO TEÓRICO	12
2.1 Transformações históricas das representações de gênero na sociedade ocidental.....	12
2.1.1 Maternidade e instinto maternal.....	13
2.1.2 Separação das esferas pública e privada e a divisão sexual do trabalho.....	14
2.1.3 Família nuclear.....	16
2.1.4 Masculinidades e cuidados nos serviços de saúde.....	17
2.2 Paternidade, maternidade, leis e políticas de saúde brasileiras.....	20
3. SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 (Re)conhecendo a unidade neonatal: um espaço construído no feminino	31
4.2 O homem provedor e a mulher cuidadora: a reiteração da divisão sexual do trabalho na UTI neonatal.....	36
4.3 Masculinidade e feminilidade se constroem também no “bio”: as representações do corpo sexuado e de suas vocações	46
4.4 O gênero em disputa na unidade neonatal.....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICE A.....	68
APÊNDICE B	69
APÊNDICE C	70
APÊNDICE D.....	73

1. INTRODUÇÃO

Com as grandes transformações políticas, sociais e epistemológicas que fazem emergir, entre os séculos XVII e XVIII, a forma de civilização que chamamos “modernidade”, os corpos e a diferença sexual passaram a ser vistos e interpretados de formas diferentes, atendendo a interesses das novas forças sociais que surgiam (LAQUEUR, 1992). Nesse período, delinear-se as concepções de determinismo biológico do sexo e das habilidades sociais e morais diferentes de cada um deles, e assim se estabeleceu uma relação fixa, linear e permanente entre corpo, subjetividade e papéis sociais (VOSNE MARTINS, 2004). Tal imaginário instituinte representa os pilares da divisão sexual do trabalho, que estabelece que às mulheres pertence a esfera doméstica e de cuidados com crianças, e aos homens pertence o mundo público, da produção econômica e do trabalho remunerado. Essa alocação de tarefas que tem o gênero como eixo é fruto da visão binária que conecta sexo biológico e comportamentos (BIROLI, 2018). Ainda hoje, a divisão sexual do trabalho marca e define as trajetórias de homens e mulheres, fazendo com que as questões de gênero se mostrem como uma pauta urgente de discussão.

Desde o início da vida dos filhos, as expectativas a respeito do exercício da maternidade e da paternidade são muito distintas: das mulheres é esperado uma enorme dedicação aos cuidados com sua prole, enquanto os homens são dispensados dessa função, já que deles se espera a provisão financeira da família. Em muitas áreas do conhecimento, inclusive na Psicologia, dá-se muita ênfase ao estudo da relação mãe-bebê e às questões ligadas ao vínculo dessa díade. A importância da atenção à mulher no período gestacional e puerperal é inegável. Entretanto, é necessário problematizarmos esse enfoque centrado exclusivamente na figura feminina, e pensarmos de maneira mais ampla os cuidados durante a gestação/parto e com o filho, considerando que o companheiro/pai também precisa ser incluído nesse cenário.

O campo da neonatologia despertou meu interesse ainda no curso da faculdade de Psicologia, quando realizei um estágio na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) de uma maternidade privada do Rio de Janeiro. A partir dessa experiência, decidi que o foco do meu trabalho de conclusão de graduação seria o luto materno no contexto de internação do recém-nascido. No ano seguinte à conclusão do curso, ingressei na Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Meu trabalho de conclusão abordou a temática do luto

antecipatório e maternidade na UTI Neonatal. Após o término da residência, realizei uma capacitação no mesmo instituto, também na área da neonatologia.

A presente pesquisa pretende, assim, dar densidade e aprofundar uma trajetória na qual diversas questões vêm se acumulando a respeito das assimetrias de gênero na UTI Neonatal. Algumas delas são mais claras e visíveis – suposição por parte dos profissionais de que a mãe biológica será a cuidadora principal; questionamentos como “onde está a mãe desse bebê?” quando algum recém-nascido está sem acompanhante por muito tempo; convocação da mãe e/ou de alguma outra mulher da família para os cuidados com os recém-nascidos internados, entre muitos outros exemplos possíveis. Outras questões, no entanto, são mais subjetivas e entranhadas nas práticas, fluxos, falas e no espaço da unidade. Nas sutilezas do dia-a-dia, mulheres são convocadas a ocuparem lugares aos quais elas são, ainda, “destinadas” socialmente: lugares de cuidado, de atenção, do suposto “amor materno”. Além disso, cabe ressaltar que a equipe de saúde da unidade aqui estudada é composta, majoritariamente, por mulheres. Esse ponto reforça a divisão de trabalho por sexo/gênero, atrelando o cuidado ao feminino.

As questões de gênero se mostram como uma pauta de extrema relevância para a Saúde Coletiva e estão em voga no âmbito internacional. A Organização das Nações Unidas (ONU) lançou, em 2015, o documento “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015). O mesmo traça 17 objetivos de desenvolvimento sustentável e 169 metas para uma agenda universal voltada para as pessoas e para o planeta, a serem estimulados pelos 15 anos seguintes ao lançamento. O objetivo número 5 é “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Dentro desse objetivo, um dos tópicos é

Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015, p. 24).

É essencial que essa “responsabilidade compartilhada” seja objeto de reflexão para que possamos caminhar rumo a um modelo mais equitativo de cuidados dentro da família. O objeto de estudo da presente dissertação de mestrado é a produção/reprodução dos lugares paternos e maternos em uma UTI neonatal. Busca-se compreender como, nas práticas

assistenciais, as interações entre profissionais e pais/mães/cuidadores, as rotinas e os processos de trabalho, a organização espacial e material do serviço e os discursos dos profissionais contribuem para a reafirmação da exigência do protagonismo feminino e a secundarização da participação masculina nos cuidados com o bebê. É importante pontuar que a presente pesquisa se deu em uma instituição que acompanha as discussões sobre direitos à saúde, Saúde Coletiva e direitos reprodutivos, além de colocar questões de gênero em pauta.

Esta dissertação tem como objetivo geral compreender como se (re)produzem os lugares paternos e maternos em uma UTI Neonatal de uma instituição pública de assistência, ensino e pesquisa. Seus objetivos específicos são: analisar a inclusão e/ou participação de pais, mães e outros eventuais cuidadores em rotinas e processos de trabalho do setor; analisar a espacialidade e os dispositivos materiais envolvidos nas práticas assistenciais na UTI Neonatal (tabuletas, fichas de identificação, enfeites, monitores, aparelhos...) e sua contribuição à (re)produção de papéis paternos e maternos; analisar os discursos dos profissionais de saúde sobre os pais e as mães em relação aos cuidados com o recém-nascido; analisar os discursos dos pais/mães/cuidadores sobre os cuidados com o recém-nascido durante a sua internação.

O presente trabalho está dividido da seguinte forma: quadro teórico; sujeitos, materiais e métodos; resultados e discussão; considerações finais.

No quadro teórico, exploram-se as questões que elegemos para embasar este estudo: representações de gênero na modernidade; instinto materno; separação das esferas pública e privada, e divisão sexual do trabalho; família nuclear; masculinidades e cuidados nos serviços de saúde; paternidade e maternidade nas leis e políticas de saúde brasileiras.

O capítulo “Sujeitos, materiais e métodos” expõe a forma como este estudo foi conduzido: uma pesquisa qualitativa etnográfica, com uma imersão no campo que incluiu observação participante e entrevistas abertas.

O capítulo “Resultados e discussão” está dividido em quatro partes. A primeira tem início com um relato a respeito da entrada no campo de pesquisa, envolvendo as questões que se relacionam a explorar um local conhecido. Tal parte traz observações a respeito do ambiente, dos espaços, movimentos e mensagens visuais. Em seguida, nas outras três partes, exploram-se os núcleos temáticos que surgiram a partir do material da pesquisa de campo, em articulação com os marcos teóricos. São eles: “O homem provedor e a mulher cuidadora: a reiteração da divisão sexual do trabalho na UTI neonatal”; “Masculinidade e feminilidade se constroem também no ‘bio’: as representações do corpo sexuado e de suas vocações”; “O gênero em disputa na unidade neonatal”

As “Considerações finais” marcam as principais questões deste estudo, que surgiram após os meses em campo e as reflexões a partir do material exposto.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Transformações históricas das representações de gênero na sociedade ocidental

Entre os séculos XVII e XVIII, grandes transformações políticas, econômicas e epistemológicas fazem surgir no ocidente europeu uma nova matriz civilizacional: a modernidade. Com ela, nasce uma outra interpretação dos corpos e da diferença sexual. Segundo Laqueur (1992), antes desse período, na história das sociedades ocidentais, predominava o modelo do sexo único, no qual homens e mulheres eram vistos como partes de uma mesma natureza – de uma mesma carne ou de uma mesma biologia, como propõe esse autor – e classificados e diferenciados segundo o grau de perfeição metafísica. Nesse modelo, ser homem ou mulher dizia respeito a manter uma posição social e não ser organicamente ou biologicamente de algum sexo. O modelo dos dois sexos, como conhecemos hoje, foi delineado entre os séculos XVIII e XIX. Esse modelo prega a existência de dois sexos radicalmente diferentes, incomensuráveis, determinados pela natureza biológica dos corpos. A norma do binarismo sexual foi supostamente baseada em descobertas das jovens ciências biológicas e biomédicas a respeito das diferenças sexuais. No entanto, muito mais do que investigar, essas ciências também constituíram essas diferenças. Quando as diferenças específicas da “natureza masculina” e da “natureza feminina” foram descobertas, elas já eram marcadas pela política de poder de gênero, que criou novas formas de significar os sujeitos sexuados e as realidades sociais (LAQUEUR, 1992). Não se pode, assim, atribuir ao progresso da ciência a “descoberta” das diferenças humanas, já que as mesmas foram produzidas no interior de embates políticos e no bojo de inflexões epistemológicas que se apoiam na biologia como regime de verdade. Como consequência, a solução para o enfrentamento de questões de ordem social foi buscada na natureza (VOSNE MARTINS, 2004). No século XIX, a visão dominante já era a de que existiam dois sexos estáveis e que a ordem política, cultural e econômica, enfim, a ordem social como um todo, deveria se calcar nos cânones da suposta natureza biológica dos sexos, desconsiderando aspectos históricos, culturais e sociais (LAQUEUR, 1992).

Após os anatomistas e fisiologistas determinarem as “provas” da diferença entre os sexos, essa diferença adquiriu um significado particular para as mulheres, já que seu sexo era percebido como fonte de problemas e, portanto, passível de regulações. A ciência sexual procurava explicar as diferenças humanas a partir de um modelo materialista e naturalista. Definiu-se, assim, um novo campo da prática médica voltado à especificidade da natureza

feminina, cujas particularidades demandavam a atenção de um profissional que visse a mulher como um todo. Considerando que o domínio masculino carecia de explicações empíricas, as explicações para a diferença sexual radical foram “encontradas” na materialidade dos corpos femininos. A mudança de foco das diferenças entre homens e mulheres – de hierárquicas, segundo o grau de perfeição metafísica, para físicas, segundo a determinação biológica – assumiu significados e teve efeitos importantes na reorganização das relações de gênero e da ordem social. Ser homem ou mulher passou a ser uma determinação biológica, não sendo a diferença restrita aos órgãos sexuais: os corpos em todas suas dimensões passaram a ser descritos como completamente distintos. A nova ciência do sexo mostrava como essas diferenças físicas e químicas eram determinantes da vida social, estabelecendo uma relação permanente entre corpo, subjetividade e papéis sociais (VOSNE MARTINS, 2004).

Houve, portanto, transformações nos modos de se olhar a diferença sexual, o corpo e o gênero (LAQUEUR, 1992) que impactaram nos planos simbólicos, normativos e institucionais, e geraram repercussões nos modos de subjetivação, nos padrões de interação e na reordenação das relações sociais. Podemos identificar analiticamente vários construtos sociais que, na realidade, são complexos e imbricados, e emergiram desse processo de mudanças. Destacamos aqui alguns deles, que se mostraram importantes no processo de análise e de discussão dos achados deste estudo: o instinto maternal, a organização da vida social com a separação radical de uma esfera pública e outra privada, a divisão sexual do trabalho, a família nuclear e as figuras do homem-provedor e da mulher-cuidadora. Em seguida, explicitamos um pouco mais o tratamento teórico dispensado a cada uma dessas dimensões.

2.1.1 Maternidade e instinto maternal

A partir do século XIX, como representantes da ciência, os médicos passaram a ser respeitados não apenas enquanto especialistas em assuntos de saúde e doença, mas como conselheiros da arte de bem viver. O corpo feminino foi transformado em objeto de conhecimento médico e ganhou força a formulação de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais, dando início a um processo de gerenciamento desse corpo – e, conseqüentemente, da maternidade – sem precedentes. A ideia de “binômio mãe-filho” e da maternidade como elemento constitutivo primordial, central e definidor da mulher se institui nesse processo. O binômio mãe-filho foi colocado como objeto de preocupação social, num processo crescente que alçou a maternidade à

dimensão de questão de ordem pública, que deveria ser amparada e protegida. O exercício da função materna passou a ser visto como, além de algo natural, uma função de cunho moral e político. Na esteira da formação do Estado nacional moderno, passou-se a ser atribuído às mulheres o dever de formar os bons cidadãos – da imposição da natureza se derivava uma obrigação moral e política. Ao lado de proposições que visavam à proteção médica à gestação e ao parto, observa-se a emergência de um movimento que preconizava a necessidade de educação das mulheres para o exercício da maternidade. Paradoxalmente, apesar de essa ser considerada uma atividade da natureza feminina, as mulheres precisavam também ser educadas para tal. A ciência foi acionada na conformação de um novo modelo de maternidade, no qual os médicos foram agentes importantes. Tal modelo é oportunamente chamado, por algumas autoras, de “maternidade científica” (MARTINS, 2004; FREIRE, 2009).

Já no final do século XVIII, muitas publicações recomendavam que as mães cuidassem pessoalmente dos filhos, apelando à ideia do instinto materno. O mito da existência natural e instintiva do amor materno tem, desde então, colocado as mulheres ocidentais como naturalmente afetivas e maternais e com vocação para o cuidado, principalmente dos filhos, do marido e outros familiares e do ambiente doméstico (BADINTER, 1980). Em sua obra “Emílio ou da educação” (1762), Rousseau afirma que a mulher não deve se queixar da desigualdade imposta pelo homem, já que “cabe a quem a natureza encarregou do cuidado dos filhos a responsabilidade perante o outro” (p. 428). O amor materno é, dessa forma, uma construção moderna, para qual a biomedicina contribuiu fortemente, e não uma conduta universal e inquestionável, intrínseca às mulheres. Na realidade, ao longo da história e em culturas distintas constata-se uma imensa variabilidade de padrões afetivos e interativos entre progenitores e prole (BADINTER, 1980). Muitos fatores contribuíram para que a maternidade fosse santificada e colocada como principal interesse feminino e, conseqüentemente, para que os homens ocupassem os lugares da vida pública enquanto às mulheres ficaram designados os cuidados domésticos e com os filhos (LAQUEUR, 1992; VOSNE MARTINS, 2004).

2.1.2 Separação das esferas pública e privada e a divisão sexual do trabalho

A organização generificada das sociedades modernas engendrou duas esferas de atividade social fortemente separadas, uma esfera pública e outra privada, que ajudaram a reforçar o ideal de domesticidade feminina. A esfera pública foi instituída como âmbito da razão, do comando e da atividade econômica e, por sua vez, a esfera privada, como âmbito

dos afetos, dos instintos e dos cuidados – portanto, o âmbito masculino e o âmbito feminino, respectivamente. Essa distinção organizou-se de maneira tal que a homens e mulheres foram atribuídos papéis, comportamentos e limites de atuação radicalmente diferenciados. A alocação das tarefas, tendo o gênero como eixo e baseando-se na naturalização de habilidades, deriva da visão binária que conecta sexo biológico e comportamentos. É nessa lógica que se constrói a associação entre mulheres, maternidade e domesticidade. Desde a infância, meninas são socializadas nesse esquema normativo e, quando adultas, permanecem como as principais responsáveis pelo trabalho doméstico (BIROLI, 2018).

É nesse sentido que se fala em divisão sexual do trabalho, que atravessa o tecido social e é fundamental na organização das relações sociais (BIROLI, 2016). Quando falamos em divisão sexual do trabalho, tocamos “no que vem sendo definido, historicamente, como trabalho de mulher, competência de mulher, lugar de mulher” (BIROLI, 2018, p. 21). Muitas das nossas percepções acerca de quem somos no mundo, o que representamos para as pessoas próximas e nosso papel na sociedade estão relacionados à divisão sexual do trabalho. Nessa esfera, se definem também dificuldades cotidianas que conformam trajetórias e possibilidades distintas na vida de mulheres e homens, sendo uma base fundamental sobre a qual se assentam as hierarquias de gênero na sociedade contemporânea (BIROLI, 2018). É importante ressaltar que a divisão sexual do trabalho não é a expressão de escolhas individuais, mas “constitui estruturas que são ativadas pela responsabilização desigual de umas e outros pelo trabalho doméstico” (BIROLI, 2016, p. 739). A divisão sexual do trabalho doméstico é, seguramente, um dos principais pilares da desigualdade de gênero (NASCIMENTO; SEGUNDO, 2011).

Novas configurações sociais surgiram com as revoluções culturais e o movimento feminista do século XX, fragilizando as fronteiras entre o mundo reprodutivo feminino e mundo produtivo masculino, e contribuindo para que as mulheres se inserissem nesse mundo produtivo. No entanto, mesmo nas funções remuneradas, ainda há uma hierarquização do trabalho masculino como mais importante e valioso do que o feminino. Além disso, os homens seguem afastados da esfera doméstica, fazendo com que o adensamento das mulheres no espaço público não seja acompanhado de uma revisão de suas responsabilidades privadas. O “destino natural” dos homens continua sendo definido pela produção e remuneração, fazendo com que as transformações nos espaços públicos e privados não representem uma mudança significativa, estrutural (SOUSA; GUEDES, 2016).

2.1.3 Família nuclear

A divisão sexual das responsabilidades, que posiciona a mulher no espaço doméstico e o homem no espaço público, ocorre em conjunção com outro processo, o advento da família nuclear. Tal modelo de família surge com a ascensão de uma nova classe dominante, a burguesia, com a formação do Estado nacional moderno e com a forma moderna de organização da vida social em esferas separadas, pública e privada, a partir do século XVII.

Ariés (1973) ilustra a ascensão do modelo da família nuclear a partir do século XVI, discutindo como a família passa a ser representada nas artes. Em pinturas da época, o retrato da família se libera da função religiosa: os quadros não se destinam mais exclusivamente às igrejas, agora eles decoram também as casas. Inicialmente, essas representações familiares são feitas sobretudo em espaços públicos, como igrejas, e ao ar livre. Posteriormente, tornam-se mais frequentes cenas que se passam nos interiores, e surgem temas como o parto e a morte. A representação do quarto e da sala, por exemplo, correspondem a uma nova tendência, voltada para a intimidade da vida privada. Esse tipo de arte demonstra um imenso progresso no sentimento de família. Em tais representações, segundo o autor, é possível perceber claramente os papéis que eram designados a homens e mulheres: meninas brincando com bonecas, meninos brigando, o pai fazendo contas enquanto sua esposa cria um bebê ou amamenta. A mulher é representada como cuidadora das crianças (ARIÉS, 1973).

O modelo típico ideal de família nuclear, em muitas partes por onde a modernidade europeia estendeu sua influência, nunca, ou raramente, se efetivou. As estruturas, os componentes, as dinâmicas e as funções familiares sempre comportaram diferentes configurações, variando de acordo com a sociedade e o momento histórico (DONATI, 2008). A família toma sua forma em instituições, normas, valores e práticas, de modo que sua realidade não é da ordem do espontâneo, mas sim relacionada a contextos específicos (BIROLI, 2018).

É importante que a família seja pensada e considerada como uma realidade que se constitui pelo seu próprio discurso, não sendo possível uma definição que se antecipe à unidade familiar. A família constrói, ela mesma, sua noção de si, dentro de parâmetros coletivos que ordenam relações de parentesco. Essa formulação se contrapõe à noção de família como unidade de reprodução biológica e à suposição da biologia humana como parte da ordem da natureza (SARTI, 2004).

Cada família constrói sua própria história, ou seu próprio mito, entendido

como uma formulação discursiva em que se expressam o significado e a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetiva e subjetivamente acessíveis aos indivíduos na cultura em que vivem (SARTI, 2004, p. 13).

As relações intrafamiliares não derivam apenas dos sentidos conferidos a elas por seus membros ou pela dinâmica daquele ambiente doméstico específico. Na realidade, aspectos exógenos, decorrentes dos modos de organização da vida pública e dos lugares em que os indivíduos ocupam e disputam, também participam da mediação dessas relações. Assim, conseqüentemente, as estruturas e funções familiares variam de acordo com cada sociedade (ARAÚJO; SCALON, 2006; DONATI, 2008).

Por sua vez, deve-se considerar que, se o modelo ideal-normativo da família nuclear não sobrepujou a heterogeneidade de arranjos familiares situados em diferentes tempos e espaços históricos, a moderna divisão sexual do trabalho, calcada na instituição do público e do privado como esferas distintas, obteve mais êxito. Em que pese a variabilidade na conformação das famílias, a distribuição generificada das tarefas de produção e reprodução social – homem provedor/mulher cuidadora – é bastante pervasiva. No Brasil, a família segue como o lugar predominante do cuidado, que fica a cargo de seus membros, sobretudo das mulheres (HIRATA, 2016). Assim, a família persiste como nexos na produção do gênero e da opressão às mulheres e o mandato compulsório da maternidade as onera e vulnerabiliza. As tensões entre maternidade e trabalho remunerado ou maternidade e atuação política não são vivenciadas de maneira equânime pelos homens no exercício da paternidade, visto que deles se espera menos ou muito pouco no cotidiano da criação de filhos (BIROLI, 2018).

2.1.4 Masculinidades e cuidados nos serviços de saúde

A clara delimitação de papéis baseada no gênero, na qual a mulher se responsabiliza mais pelo trabalho de cuidados e o homem, pelo trabalho remunerado, está intimamente relacionada à forma como as masculinidades são construídas. A questão da masculinidade pode ser entendida como

um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados (...). A masculinidade – situada no âmbito de gênero – representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura (GOMES, 2008, p. 70).

Muitas vezes, o conceito de gênero é relacionado apenas às mulheres, desconsiderando sua dimensão relacional que inclui, também, os homens e as masculinidades (NASCIMENTO; SEGUNDO, 2011). Problematizar o modo como os homens se relacionam com o cuidado também é rediscutir as identidades masculinas e seus processos de construção (SILVA; MACEDO, 2019). Na cultura brasileira, espera-se que os homens sejam seguros, tenham controle das situações e não demonstrem emoções e fraquezas (SOARES, 2015). A ideia de que eles não são capazes de cuidar está ligada às representações culturais do corpo masculino que o relacionam a risco, força e provisão, reificando um modelo que embaça outras possibilidades de existência das masculinidades (GOMES *et al.*, 2016). Assim, as tarefas relacionadas à esfera doméstica e à criação dos filhos são colocadas como “naturalmente” femininas, fazendo com que a cultura do cuidado do espaço doméstico, das crianças e da família não seja, geralmente, parte da socialização masculina (NASCIMENTO; SEGUNDO, 2011).

Essa divisão de funções e expectativas baseadas no gênero se mostra extremamente clara nos serviços de saúde. Mesmo na condição de pacientes, os homens buscam menos esses serviços quando comparados às mulheres (GOMES *et al.*, 2007; GOMES *et al.*, 2011; LEVORATO *et al.*, 2014). O imaginário de masculinidade aprisiona o homem em amarras culturais que dificultam a adoção de práticas de autocuidado. Na medida em que esse homem é visto como viril, forte, invulnerável, procurar o serviço de saúde pode associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, o que o aproximaria do universo feminino, levantando desconfiças acerca de sua masculinidade instituída (GOMES *et al.*, 2007).

No que se refere à relação entre masculinidades e construção da paternidade, o tema tem sido investigado pelas Ciências Sociais e Humanas desde os anos 1980 (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015). Classicamente, a identidade masculina-paterna se relaciona à provisão financeira, mas a concepção da paternidade tem se modificado, recebendo outros atributos, mais ligados à afetividade, ao longo da história das sociedades ocidentais contemporâneas (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA; 2015). Como consequência de mudanças socioculturais, políticas e econômicas, o homem está sendo convidado a se reposicionar no exercício da paternidade, deixando de lado a posição apenas de provedor para assumir, também, responsabilidades com os cuidados dos filhos (BRASILEIRO *et al.*, 2010). No entanto, independente de algumas alterações no modelo clássico, não há uma transformação na maioria das famílias brasileiras. A paternidade contemporânea não está definida, mas segue em construção (CEVERNY; CHAVES, 2010). Justamente por não haver uma definição única e o termo abarcar múltiplas possibilidades, alguns autores propõem seu uso no plural,

“paternidades” (MEDRADO *et al.*, 2010; VISENTIN; LHULLIER, 2019).

No que tange às instituições de saúde de cuidados com bebês, crianças e adolescentes, a realidade é, de forma geral, de exclusão e afastamento dos homens, fazendo com que o exercício da paternidade fique extremamente restrito. Pensando especificamente nos casos em que o bebê apresenta um quadro que demanda internação em unidade neonatal – escopo deste estudo – Soares (2016) mostrou como os homens seguem colocados em segundo plano, permanecendo na condição de visitantes ou espectadores. Isso corrobora a ideia do homem apenas como provedor ou como alguém que somente apoia a mulher-mãe, sem interagir ou efetivamente participar dos cuidados do recém-nascido (SOARES, 2016). Em uma pesquisa realizada por Custódio (2010), que verificou a influência das redes sociais na promoção da saúde e desenvolvimento de bebês pré-termo, o pai apareceu como a figura de apoio emocional predominante para a mãe ao longo dos primeiros anos, seguido pelos avós. Outra pesquisa, acerca da visão dos enfermeiros, apontou que, quando o pai está presente, ele atua como suporte emocional à companheira, mas a responsabilidade pelos cuidados ainda recai sobre a mulher (ALMEIDA *et al.*, 2014). Um estudo recente também investigou representações sociais de paternidade segundo profissionais de saúde e como as mesmas podem intervir no posicionamento diante do atendimento aos pais (CORTEZ *et al.*, 2016). Os profissionais que participaram dessa pesquisa reproduziram aspectos tradicionais associados à figura/função do pai como provedor da família, aquele que possui a responsabilidade pelo sustento. A maioria relatou alguma dificuldade para atender os pais e revelou não ter tido contato com essa temática durante suas formações acadêmicas, seja na graduação, em pós ou especializações.

No campo da neonatologia, existe, de fato, uma dificuldade das equipes de saúde para a inserção paterna nas unidades e nos cuidados com o filho (ZANI *et al.*, 2016; BARCELLOS; ZANI, 2017). A comunicação da equipe da UTI Neonatal acaba sendo voltada para as mães, o que prejudica o crescimento do homem enquanto cuidador (BARCELLOS; ZANI, 2017). Na unidade neonatal, observa-se uma carência de apoio e acolhimento ao pai, de modo que se faz necessário repensar o modelo tradicional de assistência à família, focado na participação materna, para a inclusão dos homens nos serviços de neonatologia (MARSKI *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2015).

2.2 Paternidade, maternidade, leis e políticas de saúde brasileiras

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a família é considerada a base da sociedade, sendo necessariamente formada pela união entre um homem e uma mulher, de modo que nenhum dos outros modelos possíveis são levados em consideração. Em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) passou a reconhecer a união estável para casais do mesmo sexo e, em 2014, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou uma resolução obrigando todos os cartórios do país a celebrarem casamentos homoafetivos. No bojo dessas mudanças, foi aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei número 6583/2013, que define a “entidade familiar como o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (FERREIRA, 2013).

Esse Projeto de Lei se mostra como um retrocesso e um possível entrave na garantia de direitos a outros modelos familiares. O mesmo se baseia em uma concepção heteronormativa de família, reforçando a ideia de papéis de sexo/gênero baseados na biologia, no corpo e na natureza. É importante ressaltar que, como exposto anteriormente, a ciência a respeito dos corpos foi construída para atender a interesses específicos. A ideia principal, profundamente arraigada na mentalidade ocidental judaico-cristã e baseada na pretensa neutralidade científica, é de que a mulher seria naturalmente inclinada ao papel materno de cuidado, enquanto o homem é frequentemente dispensado dessas tarefas para se dedicar à provisão financeira da família. Além disso, em nosso imaginário social, a ideia de família ainda está ligada à heterossexualidade.

Pensando especificamente nas instituições de cuidados relacionadas à saúde das crianças, a atenção é também centrada na figura feminina/materna, colocando o homem como coadjuvante do processo (ZANI *et al.*, 2016). Existem, em nosso país, diversas leis e políticas que visam à inclusão dos homens nesses espaços de cuidado e a promoção de uma “paternidade ativa”¹. Apesar disso, na prática dos serviços, essa inclusão masculina ainda não se efetiva. A área da saúde pode se constituir como espaço privilegiado tanto para o reforço de um bom relacionamento pais-filhos como para o desenvolvimento de estudos acerca dos discursos e vivências da paternidade no cotidiano masculino e infantil. Em contrapartida, se

¹ A “paternidade ativa” engloba “as ações (...), o cuidado físico e emocional que se dá ao filho (...). É a maneira única de olhar, falar e cuidar da criança” (BRASIL, 2018). Além disso, também envolve o compartilhamento com a mulher da decisão de ter ou não filhos e do melhor momento para tê-los (BRASIL, 2018).

apresenta como uma das áreas que mais reforça a responsabilidade feminina de cuidados com as crianças, afastando o pai interessado em participar do processo (MARTINS, 2009).

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro tem focado no binômio saúde materno-infantil (ALMEIDA *et al.*, 2014; PROMUNDO, 2016). Desde a gestação, a mãe e a criança são os principais – muitas vezes, únicos – focos da atenção, fazendo com que os pais fiquem à margem desse cenário e, conseqüentemente, com que a mulher seja a mais responsabilizada pelos cuidados com o bebê. No entanto, a interação pai-bebê começa antes do nascimento e os homens, na atualidade, manifestam o desejo de serem reconhecidos pelo filho e compreendem a importância disso para a criança (SOARES *et al.*, 2015).

No contexto atual, além das políticas que focam no tema da saúde da mulher, maternidade e amamentação, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC, 1991) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), existem também políticas e programas voltados para a inclusão do pai no cenário dos cuidados: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009) e a cartilha da Unidade de Saúde Parceira do Pai (RIO DE JANEIRO, 2009) são alguns exemplos. No que se refere especificamente à área de atenção ao recém-nascido, destacam-se a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e o manual *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru* (2017).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia global, iniciada pela OMS² e pela Unicef³, visando a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2014). Para que um hospital receba essa certificação, é necessário cumprir os critérios apontados nos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”: ter uma política de aleitamento materno escrita que seja transmitida a toda a equipe de saúde; capacitar a equipe nas práticas necessárias para a implementação dessa política; informar a todas as gestantes sobre os benefícios e manejo do aleitamento; ajudar as puérperas a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, ainda que sejam separadas dos recém-nascidos; não oferecer aos bebês bebida ou alimento que não seja leite materno, salvo por indicação médica; permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia no alojamento conjunto; incentivar o aleitamento sob livre demanda; não oferecer bicos artificiais ou chupetas; promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (BRASIL, 2009). Cabe ressaltar que os Dez Passos citados contemplam apenas a mãe que amamenta,

² <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>

³ <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm#10>

deixando de lado o pai e a rede de apoio da puérpera. A mulher é, assim, a única responsabilizada pela amamentação e nutrição do recém-nascido.

Em 2014, foram redefinidos os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) através da Portaria nº 1153 e um dos pontos incluídos foi: “garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal” (BRASIL, 2014). Apesar disso, os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” continuam sem fazer menção alguma ao pai.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi lançada em 2004, propondo diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2004). Logo na introdução, aponta-se o fato de que as mulheres frequentam os serviços de saúde não apenas para seu próprio atendimento, mas também para acompanhar familiares, vizinhos e amigos. A população feminina é responsável pelo trabalho de cuidado dentro da família e na comunidade de uma forma geral. Essa política indica, ainda, que os problemas de saúde das mulheres são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e sobrecarga de responsabilidades com trabalho doméstico. Além disso, outras variáveis como raça, etnia e classe social realçam ainda mais as desigualdades.

Tal política se propõe a levar em consideração as questões de gênero, e contém, inclusive, uma seção dedicada à discussão da questão (“Saúde da mulher e o enfoque de gênero”). Nessa seção, é colocado que

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004, p.13).

No entanto, nem sempre a saúde da mulher foi vista dessa forma no país. Nas primeiras décadas no século XX, quando a questão foi incorporada às políticas nacionais de saúde, era limitada às demandas relativas à gestação e ao parto. Os programas traziam uma visão restrita, baseada no papel social de mãe e responsável pelos cuidados com a casa. Diante disso, os movimentos feministas lutaram em prol das necessidades das mulheres que

extrapolam a gravidez e o parto, demandando ações e melhorias das condições de saúde nos diferentes ciclos da vida (BRASIL, 2004).

Um ponto importante da PNAISM diz respeito ao estímulo à participação e inclusão dos homens nas ações de planejamento familiar, o que demonstra uma preocupação do Ministério da Saúde com essa questão da aproximação masculina dos ambientes de cuidado. Apesar disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) só foi lançada 5 anos depois, em 2009 (BRASIL, 2009). A proposição principal da PNAISH é “qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção” (BRASIL, 2009, p. 13). Na apresentação da política, aponta-se a questão do sistema de saúde ser tradicionalmente voltado para a saúde de mulheres, crianças e idosos, fazendo com que o homem fique em segundo plano. Tal percepção está de acordo com a literatura da área (ALMEIDA *et al.*, 2020; PROMUNDO, 2016), e confirma o fato de que, desde a gestação, a mãe e a criança são os principais – muitas vezes, únicos – focos de atenção, fazendo com que os homens fiquem à margem desse cenário e, conseqüentemente, com que a mulher seja mais responsabilizada pelos cuidados com o recém-nascido. Isso se relaciona ao fato de as masculinidades serem construídas, de uma forma geral, afastadas dos cuidados com os outros e até mesmo do autocuidado, como colocado anteriormente.

Em relação às questões de sexo/gênero, a PNAISH propõe considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, afirmando que as masculinidades são construídas histórica e socioculturalmente, como um processo em permanente transformação. A paternidade, nesse documento, é apontada como um assunto que deve ser considerado além do ponto de vista de obrigação legal, como um direito do homem a participar de todo o processo: desde a decisão de ter ou não filhos, quando e como tê-los, assim como do acompanhamento da gravidez, parto, pós-parto e educação da criança. Apesar de um dos objetivos específicos da PNAISH ser “estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável⁴” (BRASIL, 2009), a política não traz uma seção específica dedicada à paternidade, tratando do assunto de forma breve.

Em 2009, foi lançada a cartilha da Unidade de Saúde Parceira do Pai, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Tal material aponta para as transformações familiares

⁴ Na PNAISH, a “paternidade responsável” está inserida na seção dedicada aos direitos sexuais e reprodutivos, passando a impressão de que essa “responsabilidade paterna” se relaciona, sobretudo, ao controle de fecundidade e à decisão de ter ou não filhos.

que vêm ocorrendo, levando homens e mulheres a repensarem seus papéis em busca de maior simetria nos trabalhos com a casa e com os filhos. Apesar das mudanças, os homens raramente têm oportunidades de receber informações, trocar experiências ou desenvolver habilidades de cuidado. Incluir os homens nos serviços de saúde é exposto como um desafio, considerando que esse é tradicionalmente um lugar feminino. Para que a inclusão se efetive, é necessário que os profissionais diminuam sua distância histórica dos homens (RIO DE JANEIRO, 2009).

A cartilha da Unidade de Saúde Parceira do Pai (2009) destaca a importância de novas práticas, com a revisão de concepções de gênero, família, paternidade e maternidade tradicionais. Além disso, ressalta que o termo “pai” abarca todas as figuras masculinas que são referência de cuidado e afeto para crianças e adolescentes, como padrastos, avôs e tios. A partir dessa concepção, é possível pensar a paternidade de uma maneira mais próxima da realidade brasileira, e incluir no espectro diversas configurações familiares. A categoria pai não pode e não deve ser entendida como fixa e ligada apenas ao genitor da criança, sendo necessário considerar que esse papel, muitas vezes, é desempenhado por outras pessoas.

O material traz, ainda, recomendações para as Unidades de Saúde Parceiras do Pai, mas que podem (e devem) ser incorporadas por unidades de saúde de uma forma geral, inclusive em âmbito nacional, ainda que a cartilha tenha sido elaborada pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro. As recomendações apresentadas são: preparar a equipe de saúde; incluir os pais nas rotinas dos serviços; incluir os pais no pré-natal, parto e pós-parto; incluir os pais nas enfermarias; promover atividades educativas com os homens; acolher e cuidar dos homens; preparar o ambiente; dar visibilidade ao tema do cuidado paterno; criar horários alternativos; fortalecer a rede de apoio social. Além disso, são apresentadas situações colocadas como especiais: pais solteiros e viúvos, pais ausentes, homens autores de violência doméstica e pais homossexuais. Na parte dedicada aos pais homossexuais, a cartilha afirma que a função parental não está contida no sexo, mas na forma como os cuidadores lidam com questões relacionadas aos problemas disciplinares, ao apoio afetivo e às tomadas de decisão. O trabalho de cuidado precisa ser descolado da necessidade de uma figura feminina para que possamos caminhar em direção a uma maior inclusão dos homens.

A questão da participação paterna durante a gestação esbarra em entraves trabalhistas, já que, no Brasil, de acordo com a Lei nº 13257/2016, todo companheiro ou companheira de mulher grávida tem direito a faltar apenas dois dias ao trabalho para acompanhar os exames pré-natais (BRASIL, 2016). O pré-natal de baixo risco, entre consultas e exames, leva muito

mais do que dois dias. Quando pensamos no cenário de uma gestação de alto risco materno e/ou fetal, o acompanhamento é ainda mais frequente, além de, na maioria das vezes, representar um momento de profundo sofrimento para a família.

O acompanhamento do pós-parto também enfrenta dificuldades por conta da curta licença-paternidade em nosso país. A política de licença-paternidade brasileira segue o modelo de vários outros países da América Latina: licenças de curta duração com todos os direitos garantidos durante o período. No Brasil, essa licença dura cinco dias, de acordo com o § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 1988). Nos últimos 30 anos, especialmente na última década, mais de vinte Projetos de Lei com o intuito de disciplinar e ampliar a licença paternidade já tramitaram na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Algumas Assembleias Legislativas e Estaduais e Câmaras de Vereadores ampliaram a licença de seus servidores para até trinta dias, como é o caso do Estado do Rio de Janeiro. No município, entretanto, a licença é de vinte dias (PROMUNDO, 2019).

Em março de 2016, foi sancionado o Marco da Primeira Infância (Lei nº 13.257), com o objetivo de dispor sobre as Políticas Públicas para crianças até seis anos de idade (BRASIL, 2016). Entre as medidas voltadas para os homens-pais, foi estipulada a ampliação da licença paternidade para mais quinze dias, além dos cinco já previstos. Isso foi possível através da alteração da Lei nº 11.770/08, que criou o Programa Empresa Cidadã (BRASIL, 2008). Até 2017, das 160 mil empresas elegíveis, apenas 12% haviam aderido ao programa. Esse número subiu para 18% em 2018⁵. Para que a prorrogação ocorra, além de trabalhar em uma empresa cadastrada no programa, é obrigatória a participação do pai em alguma atividade de orientação sobre “paternidade responsável”. Mesmo que tais atividades possam ser bem elaboradas e embasadas, não há nenhuma legislação que garanta sua realização, o que pode ser um obstáculo para a obtenção dos quinze dias adicionais de licença (PROMUNDO, 2019).

Pensando especificamente no cenário em que ocorreu a pesquisa, a UTI Neonatal, existem dois importantes marcos: a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e o manual *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru* (BRASIL, 2017). A portaria define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. A respeito da inclusão paterna, o *Manual Canguru* (BRASIL, 2017) reitera a importância da participação da mãe e do pai durante a internação do bebê. Ambos são colocados como parceiros da equipe, podendo assumir funções nos cuidados com o filho.

⁵ Fonte: <http://www.cntc.org.br/?noticias=licenca-paternidade-estendida-ja-e-pratica-em-18-das-empresas-do-pais>

O *Manual Canguru* ressalta que as novas configurações familiares vão além da família nuclear, sendo necessário o preparo da equipe de saúde da neonatologia para as mudanças no contexto e nas relações afetivas, de modo a promover a inclusão e auxílio na formação da rede de apoio. No módulo 2 do manual (“Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família”), são feitas considerações acerca da conjugalidade, da chegada do recém-nascido na família, da maternidade e da paternidade. Ao tratar da gestação de risco e do parto prematuro, o material foca na figura da mulher-mãe, citando brevemente a importância do pai ou do familiar que acompanha a mesma. Assim, apesar de citar as novas configurações familiares, o *Manual Canguru*, nesse módulo, segue colocando a mulher como central nos cuidados com o bebê, a partir, principalmente, de estudos de origem psicológica que se fundamentam na lógica do binômio mãe-filho.

No módulo seguinte (“Os cuidados com a família: acolhimento e apoio, da gestação à alta”), entretanto, o homem aparece com mais destaque, sendo o tema da importância dos cuidados paternos melhor desenvolvido. Apesar desse maior enfoque no pai e na mãe como agentes de cuidado, é fundamental destacar que o modelo familiar exposto segue sendo não apenas um modelo heteronormativo, mas também um modelo no qual os pais são um casal, desconsiderando outras possibilidades – pais separados e casais homoafetivos, por exemplo. Por mais que tentemos avançar em direção a políticas mais abertas para as múltiplas possibilidades de famílias, parece que o ideal de família nuclear representada por mãe-pai-filhos ainda é difícil de ser superado e, conseqüentemente, a incorporação de novos modelos encontra resistências.

3. SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS

Para investigar os problemas e enfrentar perguntas elaboradas no processo de desenvolvimento do objeto do presente estudo, os procedimentos e técnicas requeridos e utilizados foram de natureza qualitativa. A metodologia qualitativa é aquela que “se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” (MINAYO, 2010, p. 57).

No processo de elaboração do projeto de pesquisa, meu histórico de participação e convivência no serviço, como residente e aluna de capacitação, colocou dilemas e desafios para o contorno metodológico. Como lidar com as vantagens e desvantagens da familiaridade com o serviço, suas rotinas, processos e agentes? Como realizar o bom exercício do estranhamento, sem a pretensão de chegar a um olhar “neutro”? Foi com esses desafios que procurei nas ciências sociais, especialmente na antropologia, pistas metodológicas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006; CAPRARA; LANDIM, 2008; NAKAMURA, 2011). Optei, então, por uma etnografia aplicada ao campo da saúde, com uma imersão no campo – uma unidade neonatal de um hospital público –, utilizando técnicas de observação participante, conversações livres de oportunidade e produção de diário de campo e realizando entrevistas individuais.

O campo de estudos foi a unidade neonatal da Área de Atenção à Saúde do Recém-Nascido do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira/Fiocruz, localizado no Rio de Janeiro, e incluiu duas de suas unidades: a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco)⁶.

Todo o trabalho de coleta de informações e materiais para o estudo – observação, conversações e entrevistas – ocorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2019. Nesse período, frequentei a unidade neonatal em diferentes horários e em diferentes dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados. Os profissionais foram muito receptivos à minha entrada em campo, possivelmente por eu já conhecer muitos deles de momentos anteriores, quando atuei lá como psicóloga durante a residência e, posteriormente, em um curso de capacitação.

A observação do ambiente envolveu diversos aspectos, tanto físicos – brinquedos, organização do espaço, incubadoras, berços, cadeiras para acompanhantes, local onde os são

⁶ Doravante, refiro-me aos setores Utin e Ucinco como “unidade neonatal”.

realizados os *rounds* – como rotinas, processos de trabalho, formas de movimentação dos corpos no espaço...

Durante as idas à campo, conversei com diferentes profissionais de saúde, pais, mães e, por vezes, outros familiares dos recém-nascidos internados. Essas conversas foram realizadas por oportunidade, conveniência e acaso, seguindo o fluxo das possibilidades da unidade.

As entrevistas individuais foram realizadas com profissionais de saúde e com mães e pais dos bebês internados. Não estabeleci, a priori, critérios de exclusão para a participação na pesquisa. Todos os profissionais de saúde atuantes na unidade neonatal, durante o período de construção de dados, independente do vínculo e do tempo de serviço na instituição e da categoria profissional, compunham a população elegível e, do mesmo modo, todos os pais e mães dos recém-nascidos internados no setor.

As entrevistas individuais gravadas se deram após os sujeitos terem consentido participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A proposta era realizar entrevistas abertas e dialogadas, porém, para motivar os participantes a discorrerem sobre os temas de interesse do estudo, foi utilizada uma pauta com perguntas que poderiam disparar os relatos (Apêndice A e Apêndice B). Todas essas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise.

Inicialmente, houve a preocupação de realizar as entrevistas gravadas em local silencioso e com privacidade. No entanto, o campo é vivo, dinâmico, e a unidade neonatal é bastante agitada. Assim, muitas das entrevistas acabaram sendo feitas nos locais possíveis e disponíveis naqueles momentos: sala de medicação, coordenação de enfermagem, cadeiras dos corredores e, por vezes, dentro da própria unidade. Algumas foram interrompidas por conversas entre profissionais, por residentes tirando dúvidas com seus preceptores ou por alguma outra questão urgente que aparecia no momento. Olhando retrospectivamente, considero que isso foi um ponto positivo, pois me senti ainda mais “dentro” do campo, vivendo o local com suas nuances e particularidades.

As conversas de oportunidade com profissionais e com os parentes dos bebês – ou seja, aquelas que não eram entrevistas individuais gravadas – também ocorreram desta forma: dentro do unidade, na beira dos leitos, na sala de medicações, na pia lavando as mãos, no local onde os profissionais fazem as prescrições e discutem casos, enfim, onde era possível, onde a dinâmica do local e dos processos de trabalho permitia.

As entrevistas individuais gravadas foram feitas em número muito maior com profissionais de saúde (Tabela 1) do que com pais e mães (Tabela 2). Isso se deu porque as

conversas com os responsáveis pelos bebês ocorreram com muita naturalidade à beira do leito e foram registradas em diário de campo. Isso pode ter ocorrido, de certa forma, porque a escuta das famílias vem de forma muito natural para mim, do meu lugar de psicóloga, ainda mais pelo fato da unidade neonatal ser um campo conhecido de atuação, no qual me sinto segura e confortável. Em relação aos profissionais, devido ao fato de eles estarem quase sempre muito atarefados com suas rotinas de trabalho, algumas das entrevistas precisaram ser agendadas. As duas técnicas de construção de dados foram igualmente relevantes na análise.

Depois de cinco meses de imersão no campo, de presença em diferentes horários, muitas conversas, entrevistas, participações em *rounds* multiprofissionais e passagens de plantão da equipe de enfermagem, o conjunto de informações e reflexões já eram suficientes para cumprir os objetivos do mestrado acadêmico.

A análise dos dados foi processual, à luz da teoria utilizada para embasar este estudo, a saber: gênero, família, maternidade e o suposto instinto materno, paternidade, masculinidades, cuidados em saúde, divisão sexual do trabalho. Esse processo analítico pode ser considerado “quase inevitável na pesquisa qualitativa; já que o pesquisador está ‘no campo’ coletando os dados, é impossível não começar a pensar sobre o que está sendo ouvido e visto” (POPE; ZIEBLAND; MAYS, p. 79, 2009). Dessa forma, é permitido ao pesquisador conferir e interpretar os dados. Embora, neste trabalho, a análise inicial tenha sido realizada durante o período de coleta dos dados, muito foi feito após o término do campo

A pesquisa qualitativa busca desenvolver categorias analíticas com a intenção de descrever e explicar, interpretar fenômenos sociais (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009). A interpretação é a base para produção do conhecimento nesse tipo de pesquisa (DESLANDES; GOMES, 2004). O trabalho de análise realizado pode, de certa forma, se aproximar do que Geertz (1978) chama de “descrição densa”, que não tem como objetivo o diagnóstico de uma cultura ou realidade, mas sim “o alargamento do universo do discurso humano” (GEERTZ, 1978, p. 24). Além dessa descrição interpretativa, outra técnica utilizada foi a análise de conteúdo temática, a partir da qual emergiram os temas que orientaram a redação final (GOMES, 2009).

Em relação aos aspectos éticos, seguindo as recomendações da Resolução nº 510/16, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFF/Fiocruz e aprovado sob o número 05933219.5.0000.5269. Todos os participantes que concederam entrevistas gravadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C e Apêndice D), concordando em participar desta pesquisa. Para assegurar o sigilo, os nomes dos profissionais, pais, mães e bebês foram substituídos por nomes fictícios. Profissionais não

pertencentes às equipes de medicina e enfermagem foram identificados como “equipe multiprofissional”. Tal escolha foi feita levando-se em consideração o pequeno número de profissionais de cada especialidade (exceto medicina e enfermagem) na unidade neonatal e a possível identificação dos mesmos pela especialidade.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados (entrevistas gravadas)

Nome	Idade	Profissão	Tempo de formado(a)	Tempo no IFF	Tempo em neonatologia	Estado civil	Raça/cor	Religião	Filhos
Elisa	25	Enfermeira	2a	1a3m	1a3m	Solteira	Branca	Não tem	0
Ester	26	Enfermeira	3a	1a2m	1a2m	Solteira (noiva)	Branca	Presbiteriana	0
Eduarda	59	Enfermeira	35a	34a	35a	Solteira	Negra	Evangélica	2
Érica	43	Enfermeira	19a	18a	18a	Casada	Branca	Católica	2
Eliane	50	Enfermeira	29a	24a	24a	Casada	Parda	Cristã	1
Eva	31	Técnica de enfermagem	14a	5a	5a	União estável	Negra/morena	Católica	0
Marina	44	Médica	21a	20a	20a	Casada	Branca	Católica	2
Marcos	56	Médico	34a	21a	33a	Casado	"Mistura"	Espírita	2
Miguel	29	Médico	5a	2a	7a	Solteiro (noivo)	Amarelo	Católica	0
Maitê	44	Médica	22a	20a	20a	Solteira	Branca	Católica	0
Manuela	28	Médica	4a	1a2m	3a	Solteira	Branca	Católica	0
Paula	43	Equipe multiprofissional	21a	6a	6a	Casada	Branca/morena	Católica	2
Patrícia	29	Equipe multiprofissional	5a	4a	4a	Solteira	Parda	Católica	0
Priscila	30	Equipe multiprofissional	7a	1 mês	1a6m	Casada	Branca	Espírita	0

Tabela 2 – Perfil dos pais e mães entrevistados (entrevistas gravadas)

Nome	Idade	Ocupação	Escolaridade	Estado civil	Raça/cor	Religião	Filhos
André	26	Manutenção de tanques de navios (Trabalha embarcado)	Segundo grau completo	Solteiro (mora junto)	Branco	Não tem	1
Bernardo	25	Militar (marinha)	Segundo grau completo	Casado	Pardo/moreno	Evangélico	1
Amanda	34	Serviços gerais	Até o quinto ano	Casada	Branca	Católica	3
Bruna	43	Do lar	Superior incompleto	Casada	Negra	Kardecista	1 viva, 1 neomorta (gemelares)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do trabalho de campo, observei, conversei e entrevistei profissionais de saúde, mães e pais que estavam com seus bebês internados, e pude identificar vários temas emergentes que foram agrupados em núcleos temáticos maiores. Estes serão abordados após um breve relato da minha experiência em campo. O primeiro núcleo temático diz respeito à construção moderna da imagem do homem enquanto provedor da família e da mulher enquanto cuidadora, pilares da divisão sexual do trabalho. Essa questão reflete na unidade neonatal na medida em que a ausência dos pais nos espaços de cuidado é aceita pelos profissionais com a justificativa de que os homens devem se dedicar ao trabalho remunerado. O segundo se refere às construções “biológicas” relacionadas ao corpo sexuado e suas vocações: o imaginário da inabilidade corporal masculina para prover cuidados a crianças e bebês, sendo essa uma tarefa essencialmente feminina. O último núcleo envolve as ideias de força bruta e agressividade, ligadas ao corpo do homem, que aparecem como incompatíveis com a fragilidade e delicadeza necessárias ao manuseio de recém-nascidos. Essa questão interfere diretamente na maneira como os pais são vistos e recebidos na unidade neonatal e, conseqüentemente, em sua relação com a equipe de saúde do setor.

4.1 (Re)conhecendo a unidade neonatal: um espaço construído no feminino

Na entrada do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, à esquerda da porta principal, existe a estátua de uma mulher segurando e beijando um bebê que está em seu colo. Ela é feita de bronze, em tamanho real. Remete a uma mulher branca, magra, com cabelos lisos. O título dessa obra é “Amor Materno”, do artista João Paraná, e foi inaugurada em janeiro de 1971. Na portaria, funcionárias mulheres recepcionam aquelas e aqueles que chegam e informam para onde devem se encaminhar. Elas ficam em um *box*, com um vidro na frente. Nesse espaço, há também funcionários uniformizados de uma firma de vigilância privada terceirizada. Apesar de haver um contingente de guardas do sexo masculino, quase sempre, principalmente nos turnos diurnos, estão por ali guardetes. Tudo sugere a um visitante de primeira viagem que a instituição está preparada para receber especialmente mulheres.

Ao adentrarmos um pouco mais nas dependências do instituto, nos deparamos com o arquivo, local onde ficam armazenados os prontuários. Ali estão alguns homens trabalhando, mas também notamos a presença feminina. Logo depois, encontra-se o parquinho, um local

projetado pelo Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais (Napec) para que as crianças que estão esperando ou saindo das consultas possam brincar. Sempre que o parquinho está aberto, uma voluntária fica no espaço supervisionando as brincadeiras.

O instituto é composto por várias edificações e, nas vielas e áreas de circulação entre elas, é possível observar muitas mulheres com bebês e crianças. Algumas parecem mães, outras, avós; podem também ser tias, primas, vizinhas, amigas, madrinhas. De tanto em tanto, em número reduzido, vemos homens com crianças e bebês, mas a presença feminina é predominante. No prédio maior, que ocupa os fundos do terreno, localiza-se a unidade hospitalar propriamente dita. No terceiro andar, encontram-se as instalações da unidade neonatal – que foi o campo dessa pesquisa – e, ali, o contingente feminino também é majoritário: mulheres auxiliares de serviços gerais, médicas obstetras, médicas pediatras, fisioterapeutas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogas, mulheres residentes de diversas especialidades, mães, avós, agentes de segurança femininas. Esse mesmo andar abriga a enfermaria de gestantes, o alojamento conjunto, o centro obstétrico e o ambulatório de medicina fetal.

A unidade neonatal é dividida em dois setores: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde ficam os recém-nascidos mais graves, que precisam de mais atenção da equipe, e a Unidade de Cuidados Intermediários (Ucinco), onde se encontram bebês que, naquele momento, estão mais estáveis. Apesar dessa nomenclatura, os profissionais se referem aos locais pelos nomes antigos: BAR (Berçário de Alto Risco, atual UTI) e BI (Berçário Intermediário, atual Ucinco). Um dos motivos para a troca dos nomes foi o fato de o Instituto Fernandes Figueira ser certificado como Hospital Amigo da Criança. Os hospitais que possuem esse título aboliram o conceito de “berçário” e não podem ter um setor com o nome, pois remete ao modo antigo de organização que separava mães e bebês nos primeiros momentos da vida.

A UTI e a Ucinco compartilham a mesma entrada principal. Na porta, em um quadrado de vidro no meio da mesma, existe uma folha de papel A4 colada com “Orientações aos pais”. As mensagens são destinadas àqueles que estão com seus bebês internados e traz informações a respeito do funcionamento da unidade. Além disso, ao longo do corredor – que é também o corredor do alojamento conjunto – bem perto dessa porta, há grandes placas cor de rosa com muitas informações escritas. Em meio a todo o texto, uma parte me chama a atenção: “Ser um hospital amigo da criança é ter uma equipe de saúde neonatal que valorize a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho”. Já de início, parece oportuna a pergunta: e os pais, onde estão nessa declaração de amizade à criança?

No final de 2015, frequentei a unidade neonatal como residente. Depois, no ano de 2017, participei da capacitação “O Trabalho da Psicologia no Campo da Neonatologia”. Em 2019, já iniciando o trabalho de campo do mestrado, minha primeira entrada na unidade neonatal ocorreu na companhia de minhas orientadoras, Fátima e Claudia. Fátima é coordenadora de psicologia do setor de neonatologia, de modo que estava acostumada a esse microterritório; Claudia, por sua vez, nunca tinha ido ao local. O olhar de Claudia, como alguém que estava vendo tudo pela primeira vez, foi muito importante para mim naquele momento. Ela comentou, por exemplo, a respeito das paredes coloridas, algo que eu nunca tinha reparado, talvez pelo meu olhar “acostumado”. Achei muito interessante o fato de as cores fugirem às tradicionais “cores de hospital”. Em meio à pintura verde, lilás, laranja e amarela, notei também brinquedos perto ou dentro das incubadoras e berços, balões comemorativos de “mesversários”⁷ e desenhos de irmãos.

Antes de entrar em campo, muitas questões foram discutidas em reuniões de orientação. Eu estava preocupada com o fato de fazer pesquisa em um local no qual já havia atendido como psicóloga, onde a equipe me conhecia como tal. O uso do jaleco foi discutido com minhas orientadoras e combinamos que ele seria utilizado, mas o bordado “Psicóloga”, que fica logo abaixo do meu nome, seria coberto com um esparadrapo. Assim foi feito inicialmente, mas depois acabei deixando isso de lado e entrando em campo com o jaleco descoberto, exibindo no bolso a palavra “Psicóloga”.

O início da pesquisa de campo trouxe muitos desafios, em especial porque eu não conseguia entrar no setor sem me sentir psicóloga, sem ter vontade de atender os pais e mães presentes. A equipe, por já me conhecer, frequentemente me pedia atendimento para alguma família e eu explicava que estava ali por conta do mestrado. Me sentia sem lugar, não sabia o que fazer exatamente, não sabia com quem deveria/poderia interagir. Na teoria, eu sabia fazer uma pesquisa de campo, mas, na prática, tudo estava bem diferente; me sentia um pouco “psicóloga de mãos atadas”.

Depois de muitas conversas com minhas orientadoras, leituras e reflexões, consegui entender que psicóloga e pesquisadora não precisavam andar separadas, que eu não precisava fazer uma cisão entre as duas “identidades”. Na realidade, isso nem seria possível, considerando que minha formação inicial é parte de mim, parte do meu olhar para o mundo, da forma como compreendo o ser humano. A partir do momento em que iniciamos a

⁷ “Mesversário” é a palavra usada por mães, pais e profissionais da unidade neonatal para designar, carinhosamente, “aniversário de mês”. Muitas vezes, os responsáveis pelos bebês internados comemoram os meses que eles completam decorando o espaço do recém-nascido (berço, incubadora, parede).

investigação empírica, o objeto sobre o qual dirigimos nosso olhar já foi alterado pela maneira de visualizá-lo. Esse objeto – no caso, a unidade neonatal – não escapa de ser apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora do nosso modo de apreender a realidade (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006). O que eu precisava fazer era, na realidade, internalizar isso e utilizar meus conhecimentos enquanto psicóloga como uma ferramenta para me auxiliar no campo.

Uma situação me marcou muito em relação à questão pesquisadora *versus* psicóloga. Em uma tarde de abril, me aproximo de um casal que está na Ucinco ao lado do filho. Me apresento, digo que sou mestrande e explico um pouco da minha pesquisa. Conversamos longamente; eles falam sobre a vida, sobre emprego, sobre cuidados com a casa, sobre a família e sobre a história do bebê internado. Ao final, perguntam qual é minha especialidade, e eu respondo que sou psicóloga. Fico surpresa quando a mãe afirma: “Sabia! Não adianta cobrir”; ela aponta para o esparadrapo no jaleco e continua: “Dá pra ver pelo seu jeitinho!”.

A pesquisa do que é familiar envolve dificuldades diferentes daquelas que se apresentam quando nos deparamos com o desconhecido. Isso porque já dispomos de mapas complexos e, muitas vezes, cristalizados daqueles locais/situações dos quais somos íntimos. Apesar disso, esse estudo do familiar também pode transcender as limitações de origem, fazendo com que consigamos enxergar o campo não como exótico, mas como uma realidade mais complexa do que aquela conhecida e pensada anteriormente. O processo de estranhamento do familiar torna-se possível à medida em que somos capazes de confrontar intelectual e emocionalmente as diferentes versões dos fatos e situações (VELHO, 1978).

Ao longo do tempo, comecei a me sentir mais confortável e a estar mais tranquila no processo do trabalho de campo. Inicialmente, além da questão psicóloga *versus* pesquisadora – que, aos poucos, se transformou em psicóloga-pesquisadora –, eu tinha a preocupação de captar tudo, ouvir conversas, perceber rotinas, ver procedimentos acontecendo. Aos poucos, fui capaz de estar ali de forma diferente: mais natural, mais relaxada e menos ansiosa, o que fez com que a pesquisa fluísse muito melhor. A partir disso, pude perceber/ver/ouvir particularidades do setor que eu já conhecia, mas com o qual estava entrando em contato de outra maneira.

Na UTI e na Ucinco, em cada incubadora ou berço, uma placa traz informações do paciente: “nome”, “motivo da internação”, “data de nascimento”, “nome do responsável”. Essa identificação foi modificada recentemente e unificada para todo o hospital. Lembro que, antigamente, havia um campo para o nome da mãe e outro para o nome do pai; agora, apenas um para o “nome do responsável”. Não vi nenhuma incubadora ou berço no qual o nome do

responsável fosse de outra pessoa da família que não a mãe. A retirada do campo do nome do pai é um retrocesso, na perspectiva de quem, como eu, problematiza a difícil construção do lugar dos homens na UTI neonatal. Contudo, é importante ressaltar que, mesmo quando havia espaço para o preenchimento do nome dos dois genitores, o nome do pai frequentemente era deixado em branco pela equipe.

Na entrevista com Maitê, médica do setor, pergunto a respeito dessa placa e das mudanças que ocorreram na mesma. Inicialmente, ela pensa um pouco e diz que acha que agora não consta nome nem do pai nem da mãe. Eu falo para Maitê que existe, sim, o campo “nome do responsável”, e ela acrescenta:

“Mas é porque, por conta das famílias homo... Outras formas de família, pode ser duas mães ou dois pais, por isso que não tá nome da mãe, nome do pai”.

Maitê foi a única profissional a citar outras configurações familiares que não mulher/mãe/esposa-homem/pai/marido-filhos. Essa fala é importante, ainda mais pensando que lidamos com uma cultura na qual o modelo de família heteronormativa ainda é muito presente e visto como a regra. Porém, a publicização na placa de identificação do recém-nascido de um(a) único(a) responsável parece terminar por invisibilizar, de fato, não somente o pai, mas também a possível condição da família homoafetiva.

Participei de algumas passagens de plantão da enfermagem, que ocorrem todos os dias às sete da manhã e às sete da noite. Esse é um momento no qual a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicas) que está saindo do plantão passa os casos para aquela que está chegando. Boa parte da passagem se concentra nos quadros dos recém-nascidos e nas condutas a serem realizadas com eles: quais medicações tomam, se estão estáveis ou agravaram, quais cirurgias foram realizadas. Em alguns momentos, as profissionais fazem comentários que envolvem as famílias. Esses comentários quase sempre dizem respeito às mães: se estão amamentando ou não, se estão indo à UTI cuidar do filho ou não. A ideia que parece evidente é a de que, inquestionavelmente, a mulher deve ser a responsável pela criança durante a internação. Quando a mãe não está presente, a equipe quer saber o motivo da ausência. Isso não ocorre, entretanto, se quem está ausente é o pai.

A equipe de enfermagem é quase toda composta por mulheres, com exceção de um técnico, que é homem. Em relação às outras especialidades do setor, pude perceber que a enfermagem é a equipe que mais abertamente manifesta atitudes afetuosas e carinhosas com os pacientes. Enfermeiras e técnicas se referem às crianças internadas como “filhos” e a elas

próprias como “mães”. É comum ouvirmos frases como: “Quem é a mãe desse bebê hoje?”. É interessante notar como as práticas do setor reproduzem as lógicas de maternagem: a provisão do cuidado, do conforto e do afeto se dão no feminino, assim como a elaboração do simbólico infantil.

4.2 O homem provedor e a mulher cuidadora: a reiteração da divisão sexual do trabalho na UTI Neonatal

O padrão normativo e institucional de divisão sexual do trabalho que foi inaugurado com a modernidade parece ter sido muito difundido e resistente. Ao longo dos últimos séculos e, particularmente, no decorrer do século XX, as lutas das mulheres por direitos e participação na esfera pública questionaram e, em alguma medida, desestabilizaram as fronteiras da partilha sexuada do trabalho de produção e reprodução social. Apesar disso, normas de gênero ainda traçam de maneira muito forte a delimitação de papéis entendidos como masculinos e femininos. Ainda hoje, o homem é visto como o provedor da família, aquele a quem pertence a esfera pública e o mundo do trabalho assalariado, enquanto à mulher são destinados os cuidados com a casa e com os filhos (LYRA; MEDRADO, 2000; CERVENY; CHAVES, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2014; CORTEZ *et al.*, 2016; BARCELLOS; ZANI, 2017).

Nos discursos dos profissionais e dos pais e mães entrevistados, o trabalho remunerado masculino foi evocado reiteradamente como um dos principais obstáculos para a participação dos homens nos cuidados com os recém-nascidos, seja no período de internação, na unidade neonatal ou em casa.

“É sempre a mãe que tem essa carga, esse peso, é cuidadora, porque o pai tem que trabalhar” (Paula, equipe multiprofissional)

“Hoje ele veio [o marido], aí ele foi rapidinho embora, porque ele tem que trabalhar, tem coisas lá. Sexta-feira ele volta, entendeu? [entrevista realizada na quarta-feira]”.
(Bruna, mãe)

Em uma conversa com outra mãe que estava com sua filha internada, ela conta que o marido ia ao hospital somente aos finais de semana porque, afinal, “alguém tem que trabalhar, né!” – esse alguém, no cenário de recém-nascidos hospitalizados, é, quase sempre, o pai. Nota-se que as três falas acionam o “tem que”, veiculando a ideia de que o trabalho masculino

para sustento da família é algo imperativo e insubstituível. A mãe não necessariamente “tem que”. Trabalha se der, ou se puder. Ela “tem que”, na verdade, dar conta dos filhos, do marido e da casa.

Nos últimos anos, segundo Aguayo e Nascimento (2016), o tema da falta de participação dos homens no cuidado com crianças e na realização de tarefas domésticas tem recebido atenção nas produções latino-americanas. Houve acúmulo de conhecimentos a respeito de como a carga de cuidados é organizada e no entendimento da forma como gênero e trabalho remunerado influenciam e marcam essa distribuição. A divisão sexual do trabalho, de fato, atravessa as relações sociais, definindo trajetórias e possibilidades diferenciadas na vida de homens e mulheres. Ela representa uma das bases de sustentação das hierarquias de gênero na sociedade contemporânea (BIROLI, 2016; BIROLI, 2018). Um dos entrevistados falou a respeito dessa divisão e de como a imagem masculina ainda é associada à provisão financeira da família.

“A gente não tem, na nossa educação como cidadão, ainda, essa questão de qual o papel do pai no cuidado com o filho e não só em... Botar dinheiro em casa, entendeu? Eu acho que o homem brasileiro ainda não tem essa noção de que ele é importante ali (...) Acho que o homem ainda tem essa imagem, essa ideia do provedor.” (Miguel, médico)

É interessante notar que Miguel foi o único homem jovem da equipe de saúde participante da pesquisa. Considerando todas as entrevistas realizadas, essa foi uma das que mais problematizou o modelo de masculinidade hegemônico e questionou o pouco interesse e envolvimento dos homens nos cuidados, relacionando isso a fatores socioculturais. Aqui se questiona se as gerações mais novas já estão, aos poucos, se posicionando criticamente a respeito da clássica divisão sexual do trabalho. Dessa questão, esta pesquisa não dá conta, mas é necessário registrá-la, uma vez que se trata de um objeto relevante para pesquisas futuras.

Apesar da expansão da participação feminina no mercado de trabalho remunerado, as mulheres continuam assumindo uma parcela desproporcional do trabalho doméstico e de cuidados (SORJ, 2014). A dupla jornada de trabalho se torna particularmente injusta e onerosa no cenário da “jornada única” masculina. Nesse sentido, faz-se necessário caminhar rumo à corresponsabilidade na distribuição das tarefas de cuidado e domésticas, rompendo com o modelo familiar que pressupõe papéis opostos e complementares masculinos e

femininos. Por mais que os estudos e os debates críticos a respeito da temática de gênero e trabalho tenham avançado, ainda não se percebem grandes transformações na rígida tradição que define homens como provedores e mulheres como cuidadoras (AGUAYO; NASCIMENTO, 2016).

Entretanto, é necessário refletir sobre uma categoria que apareceu com muita frequência na fala dos profissionais e familiares entrevistados: a ajuda masculina. Um dos pais entrevistados, Bernardo, comenta que a licença-paternidade no seu trabalho, anteriormente, era de cinco dias, mas houve um aumento desse período para vinte dias. Pergunto qual é sua opinião sobre isso e ele responde:

“Ah, achei bom (...) Vinte dias já possibilita ajudar mais”.

Além dele, outros participantes também utilizaram a palavra “ajuda” para caracterizar a participação masculina nos cuidados:

“No momento que ele [o marido] pode me ajudar com ela [a filha] tenho certeza que ele vai me ajudar, mas ele trabalha. Não sei se à noite, que eu acho que (...) seremos nós dois, aí ele vai me ajudar.” (Bruna, mãe)

“Mas existem várias (...) coisas que ele [o pai] pode ajudar, banho, troca de fralda, ficar com o bebê por um tempo para a mulher poder ter o seu tempo.” (Manuela, médica)

Um dos casais com que tive contato, Carolina e Gabriel, se organiza da seguinte forma: ele trabalha fora e ela fica responsável pelo trabalho doméstico. Em relação à participação do marido nos cuidados com a casa, Carolina diz que ele “até ajuda, sim”. A larga utilização da palavra “ajuda” remete a uma situação na qual a mulher é, em última instância, a única ou ao menos a principal responsável pelas tarefas domésticas e de cuidados com os filhos; o homem que “ajuda” está colaborando, mas não fazendo algo que seria sua função primordial. Contudo, é importante se perguntar se a palavra “ajuda” não poderia representar, de certa forma, algum grau de mudança para quem a utiliza. Se, antigamente, o homem não era sequer cogitado para “ajudar” com os cuidados com os filhos, atualmente o cenário é outro.

“(...) eu vejo meu marido me ajudando muito em casa, com as crianças. (...) a gente vê como é importante a participação do pai tanto na educação quanto na vida da família” (Marina, médica).

Muitas vezes, como na fala de Marina, o tom é de elogio à “ajuda” do companheiro. Os profissionais mais velhos, possivelmente, enxergam essa ajuda como, de fato, um avanço, ao apontarem para as mudanças ocorridas nesse cenário ao longo do tempo.

“O pai presente no parto, o pai presente na hora do nascimento, da primeira mamada, nos cuidados com a mãe, né, trocar uma fralda (...) eu tenho visto mais isso do que há anos atrás” (Marina, médica).

É importante lembrar que, na realidade, os homens seguem profundamente afastados da esfera doméstica e de cuidados. Apesar de algumas alterações, não ocorreu uma mudança estrutural na divisão sexual do trabalho, na qual as mulheres são responsabilizadas por assuntos da esfera privada, e os homens, pela provisão financeira (SOUSA; GUEDES, 2016).

A ideia naturalizada de que os homens têm que trabalhar e prover o sustento econômico da família se coloca como componente central do discurso justificador dos participantes da pesquisa sobre o modo como as tarefas são distribuídas entre os adultos da família. Como consequência, depreende-se que os pais não podem estar muito presentes na unidade neonatal acompanhando seus filhos internados, nem mesmo dispender muito tempo com os cuidados das criança em casa – embora, muitas vezes, “ajudem”. Um outro componente desse discurso é a ênfase que se dá ao curto período de licença-paternidade, no Brasil, como fator que contribui ou impele a pouca participação masculina nos cuidados. Essa questão também aparece em outras pesquisas, onde os profissionais de saúde e os pais alegam que a obrigatoriedade de voltar ao trabalho e, muitas vezes, a ausência de garantia do direito à licença-paternidade se colocam como obstáculos para a permanência do homem junto ao filho internado (ALMEIDA *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2016).

“(...) a mãe, ela tem, bem ou mal, a licença-maternidade, e o pai não tem. Esses pais precisam trabalhar.” (Ester, enfermeira)

“Porque elas [as mães] têm licença, né? Aí então o pai tá trabalhando, o pai só consegue vir à noite (...)” (Elisa, enfermeira)

Como discutido anteriormente, a legislação brasileira prevê apenas cinco dias de licença para os pais (BRASIL, 1988). Em 2016, com o Marco da Primeira Infância (Lei nº 13.257), previu-se ampliação da mesma para vinte dias, contemplando, entretanto, apenas os trabalhadores de empresas cadastradas no Programa Empresa Cidadã e que realizem alguma atividade relacionada à “paternidade responsável” (BRASIL, 2016). A premissa implícita nessa legislação é a de que os homens necessitam de atividades que lhes ensinem como ser pai, já que a “paternagem” não ocorreria naturalmente como a “maternagem”, que, por via do “instinto”, levaria a mulher a cuidar e se responsabilizar pela sua prole. Essa necessidade de um agente externo que regule o exercício da paternidade demonstra como ainda temos um longo caminho a trilhar rumo ao compartilhamento da responsabilidade pelos cuidados com filhos entre homens e mulheres.

Ainda que as iniciativas de ampliação da licença sejam medidas importantes no sentido de incluir o pai nos cuidados, os períodos são extremamente curtos quando colocamos em foco a importância dos primeiros anos para o desenvolvimento infantil e para o estabelecimento de vínculos entre a criança e seus cuidadores (CUNHA *et al.*, 2015). Além disso, quando existe a necessidade de internação logo no início da vida, o afastamento do pai do trabalho não dura, em muitos casos, sequer até o momento em que o bebê vai para casa.

É necessário considerar, também, a realidade dos homens que estão inseridos no mercado informal de trabalho. Nesses casos, eles próprios definem quanto tempo ficarão afastados de suas funções; em contrapartida, não recebem pelos dias que ficam sem trabalhar. Gabriel, pai de Rafael, é trabalhador autônomo, mas tem um sócio que o auxilia quando ele não pode comparecer. Eles são donos de um ferro velho e trabalham em dias alternados. Quando questionado a respeito de como está fazendo para acompanhar a internação do filho, Gabriel não hesita:

“Eu não to indo trabalhar não, tá doida que eu vou com meu filho aqui internado!”.

Fala que voltará ao trabalho quando o filho receber alta hospitalar e Carolina, mãe de Rafael, diz que contará com o auxílio de sua mãe – avó materna do bebê – nos cuidados com o recém-nascido. Apesar de o casal refletir a clássica dupla homem-provedor e mulher-cuidadora, o pai se afasta do trabalho para acompanhar a internação. Ainda que seja autônomo e sequer tenha direito à licença, Gabriel demonstra interesse em estar perto da família em um momento tão crucial e delicado como a permanência em uma unidade neonatal.

De fato, “o número de horas que o pai permanece no emprego interfere diretamente na participação no cuidado” (SOARES, 2013). Assim, se a licença-paternidade fosse maior, isso significaria um passo vital para o reconhecimento da importância da divisão do cuidado com crianças e representaria uma estratégia de equidade de gênero (PROMUNDO, 2019). Apesar disso, pensar no tempo de licença-paternidade ou na necessidade de retornar ao trabalho como o principal pilar que sustenta a exclusão do homem de espaços de cuidado é reduzir uma questão muito complexa e enraizada a algo pontual. Algumas falas dos participantes da pesquisa demonstram essa compreensão de que o afastamento do homem da função de cuidados com bebês e crianças não se relaciona apenas ao trabalho do pai.

“Ah, acho que não é só isso [curta licença paternidade], né? Porque tem outros horários que o pai pode estar presente.” (Paula, equipe multiprofissional)

“O pai tem que trabalhar? Tem, mas quando volta [para casa], o vínculo com a família (...) é importante. (...) Tem pai que volta e... É como se não tivesse [presente]. ‘Ah, passei o dia inteiro trabalhando, tô cansado’.” (Marina, médica)

“Quando o tempo de internação [do bebê na unidade neonatal] se prolonga, a participação do homem praticamente... Ela some. Em um ponto porque ele volta a trabalhar. Em segundo ponto porque eles literalmente não criam vínculo, tá?” (Miguel, médico)

Os discursos dos profissionais trazem uma certa ambiguidade: se, por um lado, há um tom de crítica à pouca participação paterna, por outro, essa questão é normalizada, já que esse é o comportamento esperado dos homens. O que se vê, na realidade, é uma crítica resignada, considerando que, por mais que alguns profissionais problematizem a pouca participação masculina, parece já estar posto que a mãe estará lá, de qualquer forma, independente de qualquer circunstância. Ora aparecendo explicitamente e ora mais nas entrelinhas, o imperativo da maternidade como vocação ao mesmo tempo biológica e social é um componente do discurso justificador da repartição das tarefas entre pais e mães.

No âmbito das culturas judaico-cristãs, o amor materno continua a ser descrito como uma conduta inquestionável, um destino biológico feminino. Entretanto, a análise histórica tem demonstrado como o mesmo é fruto de uma construção moderna. Em épocas e culturas distintas, foi observada uma enorme variabilidade de padrões afetivos mãe-bebê

(BADINTER, 1980). Apesar disso, no discurso dos profissionais de saúde ainda tem força a ideia de que a mulher teria um “instinto materno”, sendo naturalmente preparada para exercer certas funções de cuidado.

“Eu acho que ele [o pai] não se prepara pra trocar fralda, não se prepara pra dar o banho. Eu acho que a mãe se responsabiliza por isso tudo, até por uma questão de instinto materno”. (Ester, enfermeira)

“(...) eu acho que também entra a coisa emocional, da mãe ter uma tolerância maior a receber notícias ruins, a se adaptar a essa rotina difícil da UTI do que o pai. (...) Eu acho que é um instinto de mãe, assim, de não querer abandonar o neném.” (Maitê, médica)

O aspecto emocional aparece como fio condutor do instinto materno, que é descrito como uma vocação para o cuidado, uma responsabilidade feminina espontânea. Por conta dele, as mulheres teriam mais tolerância à dor e ao sofrimento e conseguiriam se adaptar melhor à difícil rotina da unidade neonatal. As falas pressupõem, assim, diferenças naturais/biológicas entre os sexos. Cabe lembrar que essas diferenças foram postas com o modelo dos dois sexos, construído quando tornou-se politicamente importante nomear as diferenças anatômicas. Esse processo foi marcado pela política de poder de gênero e contribuiu para a criação de novas formas de constituição da realidade social (LAQUEUR, 1992).

Marina, uma das médicas entrevistadas, relata que

“o papel da maternidade fica muito mais presente na mãe do que no pai. (...) Tem pais que participam bastante, outros pais menos, mas tem pais que viram mãe junto, né, com a mãe”.

Tal fala ressalta a maternidade como um “papel” intimamente relacionado a uma natureza feminina e reforça a visão de que a criação dos filhos não é algo “natural” da paternidade, já que, quando o pai participa ativamente dos cuidados ele está, na realidade, “sendo mãe”. A partir do momento em que o homem protagoniza os cuidados com os filhos, ele é visto como exercendo um papel feminino e maternal, não paternal. Na mesma entrevista, Marina afirma que

“É a mãe que larga o trabalho, é a mãe que fica em casa, é a mãe que cuida... Perde um pouco a identidade profissional pra poder cuidar dos filhos”.

Percebe-se como a mulher deixa de lado até mesmo sua “identidade profissional” para mergulhar nos cuidados com os filhos, para exercer o que é entendido como uma outra e primeva identidade: a maternidade. Reforça-se a ideia de que é inerente à mulher-mãe a função de cuidar de bebês e crianças. É como se a vida dela precisasse ser completamente transformada para a chegada do bebê. Em contrapartida, do homem não é exigido tamanha dedicação. Na observação do campo, ao participar de *rounds* multiprofissionais e de trocas de plantão da enfermagem, percebi o quanto a equipe acaba comentando (e julgando) a conduta das mães, a frequência com que elas estão presentes, os cuidados delas dispensados aos bebês. Os pais, quando aparecem nessas falas, aparecem como uma figura secundária, uma presença que pode até, por vezes, ser valorizada, mas não colocada como essencial.

A lógica da equivalência mulheres-maternidade-cuidado como algo biológico se reproduz em diferentes contextos. Eva, técnica de enfermagem, conta que em seu trabalho anterior, em um CTI adulto, a maioria das acompanhantes eram mulheres: esposas, irmãs, mães filhas. Na unidade neonatal, mulheres assumem também esse lugar, mesmo quando não são as mães biológicas dos bebês. As enfermeiras, em geral muito carinhosas com os bebês, conforme mencionado anteriormente, referem-se a eles como “filhos” e a elas próprias como “mães”. Elas, enquanto mulheres, portanto, possuiriam também “naturalmente” o instinto maternal.

Ainda que a mãe biológica do bebê esteja ausente, outra “mãe” assume esse lugar. Mas há várias modalidades de arranjos para essa maternagem substituta. Uma delas é o *care* pago ou a terceirização dos cuidados. Apesar de o termo “cuidado” estar em uso na linguagem cotidiana há muito tempo, as palavras “cuidador” e “cuidadora” começaram a se popularizar mais recentemente. Nos anos 2000, o uso desses vocábulos se consagrou para a denotação de um novo tipo de trabalho especializado, trazendo a necessidade de nomear quem o exercia (GUIMARÃES, 2016). As relações de *care* incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, com o objetivo de melhorar o bem-estar daquele que é seu objeto (ZELIZER, 2012). Algumas das médicas entrevistadas falaram a respeito da remuneração para que alguém – sempre uma mulher – exerça os cuidados com os filhos e a casa.

“Ele [o marido] trabalha todo dia. No dia que eu tô de plantão, ele fica com as crianças (...) junto com a menina que trabalha na minha casa”. (Marina, médica)

“Ou é alguma empregada que vai ajudar [a mãe nos cuidados com o recém-nascido] ou é a babá (...). Das minhas amigas, dos últimos tempos, que tiveram filho, nenhuma eu vi isso [o cuidado com as crianças] sendo a avó materna.” (Maitê, médica)

A divisão sexual do trabalho se mostra presente nos domicílios das classes altas brasileiras, mas as mulheres contam com o apoio de cuidadoras pagas (BIROLI, 2018). Dentro dessa realidade, para além das diferenças de gênero, distinções importantes emergem quando se introduz a dimensão da renda, sugerindo que o trabalho doméstico comporta experiências sociais diversificadas entre as mulheres. Levando-se em conta a classe social, mães mais ricas dedicam menos horas semanais aos afazeres domésticos, pois delegam parte das tarefas às empregadas (SORJ, 2014). Dessa forma, o trabalho de *care* se mostra como exemplar das desigualdades de gênero, classe e raça, considerando-se que as cuidadoras terceirizadas são majoritariamente mulheres, pobres, negras e, muitas vezes, imigrantes (HIRATA, 2015). Uma das razões prováveis para que a questão do *care* pago não tenha surgido nas falas dos pais e mães entrevistados na unidade neonatal é o fato de serem, em sua grande maioria, famílias de classes sociais diferentes – portanto, sem os mesmos privilégios – dos profissionais de saúde. Muitos desses pais e mães contam com o apoio de familiares ou pessoas próximas da família para a provisão dos cuidados com os bebês internados e das crianças que ficam em casa; via de regra, essas pessoas que os apoiam são mulheres.

“Depois ele [o marido] voltou a trabalhar e minha mãe foi lá pra casa, porque as crianças têm horário de almoço, vai pra escola.” (Amanda, mãe)

Assim como no caso de Amanda, em muitos outros, a avó fica responsável por auxiliar com o recém-nascido e com as crianças. Quando não é a avó, outras mulheres da família assumem esse papel: tias, sobrinhas, irmãs. Além delas, a rede de apoio também pode ser composta por madrinhas e vizinhas, por exemplo. No Brasil, essas redes de mulheres acabam sendo centrais na provisão do cuidado (HIRATA, 2016).

O modelo típico-ideal de família nuclear que emerge como o advento da modernidade, formada por um homem, uma mulher e seus descendentes, sempre foi insuficiente – ao menos, nos países ditos “periféricos” – para dar conta das diversas configurações familiares existentes. As famílias brasileiras, com seus diferentes arranjos, seguem como lugar predominante do cuidado, sobretudo às expensas do trabalho das mulheres (HIRATA, 2016). A associação mulheres-domesticidade – como exposto, um dos efeitos da reorganização

moderna das relações de gênero – faz com que não apenas as próprias mães, mas também outras mulheres da família se responsabilizem pelos cuidados com bebês e crianças (BIROLI, 2018). Uma das figuras familiares mais citadas na pesquisa como responsável por dar conta do recém-nascido, além da mãe, foi a avó. Segundo uma das enfermeiras entrevistadas, a avó é, na realidade, quem fica na linha de frente dos cuidados, mais do que a própria mãe. Além das avós, tias, sobrinhas e irmãs também participam do início da vida do bebê.

“Minha mãe mora em frente, entendeu? (...) A minha irmã é enfermeira.” (André, pai)

“(...) vai treinar uma gastrostomia e precisa ter um suporte de alguém, vem a avó ou vem a tia, bisavó quando a menina é muito nova (...)” (Érica, enfermeira)

“(...) por mais que você tenha algum tipo de participação paterna, eu acho que a estrutura toda ainda fica muito em função da mãe e, algumas vezes, acaba tendo avó.” (Manuela, médica)

Além da avó, outras figuras femininas também foram citadas como pontos importantes de apoio e auxílio nos cuidados com bebês. Helena, uma das mães que estava com sua filha, Giselle, internada, relata que o marido e a sobrinha estão presentes no hospital nesse momento. Após a alta, no entanto, o pai de Giselle voltará ao trabalho e quem cuidará da bebê com ela serão suas irmãs e sobrinha. Daniela, mãe de gêmeos, veio de outro estado para ter os bebês no IFF/Fiocruz, por conta de uma importante malformação que não poderia ser tratada em sua cidade natal. Quem a acompanhou até o Rio de Janeiro e permaneceu com ela no início da internação foi sua irmã. Amanda, uma das mães entrevistadas, conta que ela e o marido moram muito longe do hospital e, por conta disso, a equipe de saúde autorizou a entrada de outro familiar para acompanhar a internação da recém-nascida. A escolhida foi uma prima de Amanda, que, segundo ela, esteve presente em muitos momentos importantes da gestação.

Além do pai, citado em alguns casos, nenhum outro homem da família foi mencionado durante a pesquisa como parte da rede de apoio no que se refere aos cuidados com bebês e crianças. Uma das questões que contribui para que isso ocorra é a suposta inabilidade corporal masculina para dar conta dessas funções. Assim, além da necessidade de trabalhar, também se supõe que o homem seja menos capaz do que a mulher para realizar ações relacionadas ao cuidado.

4.3 Masculinidade e feminilidade se constroem também no “bio”: as representações do corpo sexuado e de suas vocações

A noção de que os homens não são adequados para cuidar está ligada às representações culturais do corpo masculino que o relacionam a risco, força e provisão (GOMES *et al.*, 2016). Na cultura brasileira, é esperado do homem segurança e controle das situações, sem demonstrações de emoções ou fraquezas (SOARES, 2015). À medida que esse homem é visto como viril, forte, invulnerável, aproximar-se dos serviços de saúde pode associá-lo a fraqueza, medo e insegurança, o que o aproximaria do universo feminino, levantando desconfianças acerca de sua masculinidade (GOMES *et al.*, 2007).

Os homens-pais enfrentam entraves à sua participação nos cuidados com os filhos (CARVALHO, 2007), e alguns dos obstáculos são colocados pela própria equipe de saúde, que reforça os papéis baseados no sexo/gênero e, conseqüentemente, afasta os homens dos lugares de cuidado.

“A gente acaba focando na mãe, porque... A gente já tá acostumado com essa mãe cuidando [...]. A gente entende ela como a pessoa mais preparada, ela já sabe fazer aquilo, porque ela já tá aqui.” (Ester, enfermeira)

“A gente faz isso naturalmente, fomos condicionados a isso [...]. A gente tem informação de que não é assim, mas acaba que a gente vai fazendo isso [...]. Quando precisa esvaziar pra fazer algum procedimento, ‘a mãe tem que ficar, mas o pai vai sair’.” (Eva, técnica de enfermagem)

Se alguns profissionais, como essa técnica de enfermagem, estão conscientes de que os homens também podem se desempenhar bem como cuidadores e de que não são apenas as mães que são capazes de dar conta das necessidades do recém-nascido, por que eles seguem reproduzindo a lógica de exclusão dos pais? Autores têm discutido como as interações que os profissionais de saúde estabelecem com o pai podem influenciar no desenvolvimento de suas habilidades e competências para o cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2014). Persistem as dificuldades das equipes de saúde de incluir os homens nos cuidados com os filhos. Isso acontece porque os serviços não se mostram preparados para identificar e responder às demandas dos pais, para fornecer informações ou para considerar sua presença tão importante como a da mãe (ZANI; SOUZA; PARADA, 2016; BARCELLOS; ZANI, 2017).

As representações dos corpos masculino e feminino, sua natureza, seus potenciais e suas habilidades “inatas” – “homem não gesta e não pare”, “homem não amamenta”, “não tem jeito para os cuidados”, “o corpo masculino é forte”, – amparam as ideias e os discursos que justificam – e, por fim, legitimam – a pouca ou não-participação dos homens nos cuidados. A questão da amamentação ilustra bem tal fato. Um dos motivos apontados por participantes da pesquisa para que a presença do pai não seja considerada tão essencial como a da mãe é que são as mulheres que podem amamentar.

“O pai não tem peito, a mãe tem peito, pra ordenhar, amamentar (...)” (Eva, técnica de enfermagem)

“Porque a mãe que geralmente é responsável pela amamentação, é responsável pelos cuidados de higiene, né [...]. a dedicação é praticamente da mãe.” (Eliane, enfermeira)

A relação amamentação-centralidade do cuidado feminino foi um assunto colocado em muitas outras falas durante a pesquisa de campo. É necessário destacar que o IFF/Fiocruz é certificado como um Hospital Amigo da Criança, iniciativa que passou por modificações em 2014. Um dos pontos colocados pela Portaria nº 1153/2014 visa a “garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal” (BRASIL, 2014). Com isso, há pouco tempo, em um claro retrocesso, a equipe da unidade neonatal passou a permitir a presença de apenas um dos responsáveis pelo recém-nascido na parte da manhã. Os profissionais relatam que até o meio-dia só é permitida a presença do pai ou da mãe, não dos dois, mas alguns deles justificam que, pela questão da amamentação, é a mulher que, em geral, acaba ficando. Dessa forma, mais um entrave institucional à presença dos homens se coloca, reproduzindo-se o modelo tradicional de “assistência à família” no qual, de fato, apenas a participação materna é o foco (SOARES, 2015). A entrada do pai e da mãe deveria ser livre, sem restrições e entendida como um direito, não uma permissão concedida pela equipe de saúde (BARCELLOS; ZANI, 2017). Com esse tipo de prática restritiva, reforça-se o afastamento dos homens dos serviços de saúde e dos cuidados, e se reafirma que essas esferas são da alçada, antes de tudo, das mulheres.

Ainda que a questão seja a amamentação, pesquisadores e ativistas têm defendido que o pai pode desempenhar um papel importante nesse processo. Durante anos, as campanhas pró-aleitamento não incluíam os homens, ignorando os impactos positivos de um parceiro

envolvido e bem informado (PROMUNDO, 2019). A participação paterna no aleitamento ganhou destaque em 2019, visto que foi um dos temas da Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM)⁸, comemorada no mês de agosto – conhecido, por esse motivo, como “agosto dourado”. A Sociedade Brasileira de Pediatria aproveitou a data para lançar uma campanha intitulada “Agosto dourado: pediatras, estimulem a participação paterna”⁹. O site do IFF/Fiocruz também lançou uma matéria a esse respeito¹⁰, na qual uma enfermeira afirma que, antes, o foco era a mãe, mas que, atualmente, a equipe sabe da importância do envolvimento da família inteira na amamentação. Segundo a profissional, “o pai precisa saber dos limites que a mulher pode ter, por exemplo, o quanto o estresse influencia nos hormônios e na produção e descida do leite”. Marcos, um dos médicos entrevistados durante a pesquisa falou a respeito dessa necessidade de o homem ser incluído no processo de aleitamento e de saber das dificuldades que a mulher pode enfrentar.

“(…) o pai tem que ter essa noção de que a mãe tem bastante dificuldade com amamentação, que não é uma coisa tão simples quanto se parece (...). Tem dor, tem uma série de culpas, um monte de coisa, então acho que se o pai (...) for orientado nesse sentido (...), tem uma tendência maior dele ajudar.” (Marcos, médico)

Existem algumas propostas colocadas no Relatório “A situação da paternidade no Brasil: tempo de agir” (PROMUNDO, 2019) para que o parceiro/pai se envolva com o aleitamento. Entre elas, estão: presença e carinho durante esse período; divisão das tarefas domésticas; divisão das tarefas de cuidado com o bebê; implicação no cuidado com outros filhos. Uma das médicas entrevistadas também fez algumas sugestões a esse respeito:

“(…) tem que mamar de madrugada, por exemplo, busca a criança, ajuda a mãe a posicionar essa criança no peito. Depois que acaba pode, em vez da mãe, pôr ele mesmo pra arrotar. Tem como ele participar, entendeu? Ele só não participaria no fornecimento, né, porque não tem como. [risos]” (Manuela, médica)

Sendo assim, ainda que o leite venha do corpo feminino, é possível que o homem se

⁸ <http://www.ibfan.org.br/site/noticias/smam-2019-empoderar-maes-e-pais-favorecer-a-amamentacao-hoje-e-para-o-futuro.html>

⁹ <https://www.sbp.com.br/agosto-dourado2019/>

¹⁰ <https://portal.fiocruz.br/noticia/agosto-dourado-campanha-para-empoderar-familias-e-incentivar-amamentacao>

envolva de muitas maneiras no processo de amamentação, considerando-se que seu sucesso está ligado a diversos aspectos psicossociais. A partir da compreensão da importância desses fatores para o aleitamento, os argumentos “biológicos”, que dizem respeito exclusivamente à produção de leite materno, não se sustentam como justificativa para o afastamento paterno dos cuidados com a alimentação do recém-nascido.

A rede de apoio das puérperas pode se configurar como um ponto determinante na adesão e manutenção do aleitamento, e os homens-pais devem ser incluídos nessa rede desde o pré-natal (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015). Os esforços para incluir os homens merecem atenção especial, já que, como vimos, entre mulheres essas redes se tecem com mais fluidez. Com toda a ambiguidade que suas práticas demonstram no sentido de incluir/excluir os homens dos cuidados neonatais, os profissionais citaram a importância da participação do pai desde o pré-natal, dando, inclusive, sugestões para que isso se efetive.

“As mulheres fazem muito aconselhamento [durante o pré-natal], a questão da amamentação. Eles [os pais] poderiam participar um pouco mais disso.” (Miguel, médico)

“Essa inclusão dele [do pai] poderia começar no pré-natal (...). Eu já sei de alguns lugares que fazem curso pro pai e pra mãe (...)” (Ester, enfermeira)

“Grupos de pais [durante o pré-natal], entendeu? Dizendo a importância de (...) estar ali presente para o bebê sentir, com a voz, com toque na barriga, né? E depois vai vir a rotina, e quanto é importante eles participaram dessa rotina do bebê, né? Em casa, enfim, ou na UTI, e dar um suporte para a mãe.” (Patrícia, equipe multiprofissional)

A inclusão do homem no processo do acompanhamento pré-natal pode ser um dos instrumentos na transformação das construções sociais de gênero que, além de direcionarem as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados com crianças às mulheres, afastam os homens dos compromissos e dos prazeres que circundam esse universo. O envolvimento deles na gestação pode fortalecer os vínculos entre o casal e entre pais e filhos. Apesar de, usualmente, a gestação ser definida pelas mudanças observadas no corpo feminino, para alguns homens esse período pode suscitar, também, sintomas físicos como enjoos, desejos e crises de choro (BRASIL, 2016). Esses sintomas, que podem incluir também vômitos, aumento de peso, palpitações e crises renais, compõem a chamada Síndrome de

Couvade (LEFF, 1997; BRASIL, 2017).

Além do envolvimento do pai durante a gestação, o tema de sua participação no parto também surgiu nesta pesquisa. A maioria dos profissionais que abordou o assunto acredita que o envolvimento masculino no momento do nascimento contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares.

“É o vínculo tanto pai com filho quanto o vínculo da família, né. O pai presente no parto, o pai presente na hora do nascimento (...)” (Marina, médica)

“Eu acho que isso [participação do pai no parto] impacta (...) na criação de vínculo dessa família e até na estruturação de como eles vão cuidar dessa criança, porque quando ele participa do parto eu acho que ele sente como se ele tivesse parido junto. Como se ele tivesse realmente participado daquele momento, como se tudo fosse deles e não só dela (...)” (Ester, enfermeira)

A garantia do direito do pai em participar desse momento só foi efetivada em 2005, com a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que assegura à mulher o direito a um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Entretanto, apesar de previsto em lei, nem todas as famílias estão cientes disso, fazendo com que a efetivação do direito possa se transformar em permissividade institucional, dependendo da “benevolência” dos profissionais de saúde (REIS, 2015).

Segundo Reis (2015), alguns pais que estiveram presentes no parto descrevem a experiência como de extrema emoção, destacando sentimentos de felicidade, medo e alívio. O ato de cortar o cordão umbilical é esperado por muitos desde a gestação e pode representar uma forma de o homem participar ativamente do momento, integrando-se ao cenário. Essa participação paterna ativa no parto só começou a ser mais discutida e possibilitada com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2000).

Para que os direitos da gestante e, também, do pai do bebê sejam assegurados, é necessário o reconhecimento das particularidades subjetivas de cada um, o que implica uma ampliação do olhar (BRASIL, 2014). Em relação a essas particularidades, além dos casos em que a mulher escolhe outro acompanhante para o parto que não seja o pai da criança, devem-

se considerar também aqueles pais que não têm o desejo de participar desse momento. Uma das profissionais entrevistadas falou a esse respeito:

“Assim, porque nem todos [os pais] gostam de ver [o parto], né? E não deixam de ser bons pais ou participativos porque não quiseram estar presentes na hora do parto. Então eu acho que é só mais uma só mais uma participação, mas isso não tem uma causa e efeito, assim, de maior vínculo e cuidado.” (Paula, equipe multiprofissional)

Essa fala leva em consideração um cenário no qual o pai não deseja estar presente no parto. Sem dúvida, questões de ordem subjetiva influenciam nessa decisão e, qualquer que seja ela, deve ser respeitada e acolhida pela equipe de saúde. Entretanto, é importante lembrar que a participação ativa do homem no parto e pós-parto pode contribuir para o fortalecimento do vínculo pai-filho e para o significado cultural do ser pai (BRAIDE *et al.*, 2018). Para que o homem possa decidir participar ou não, deve ser informado a respeito dessas questões desde o pré-natal, de modo a ser incluído em todo o processo, e não apenas subitamente na hora do parto.

Quando o homem participa do parto, é importante que o foco seja nele enquanto pai, não apenas no suporte para a mãe (BRAIDE *et al.*, 2018). Esse foco no homem como cuidador precisa continuar após o nascimento. A lógica que coloca apenas a mãe em primeiro plano quando o assunto é cuidado acaba afastando o homem por diversos motivos, como a crença de que ele seria menos apto a dar conta do bebê. A partir disso, muitos pais ficam com medo do contato corporal com o filho, ainda mais quando se trata de um recém-nascido internado na unidade neonatal por alguma intercorrência.

“[Os pais] falam que não querem botar a mão, que só querem quando (...) for pra casa, quando ficar mais duro, então eles tem uma resistência muito grande.” (Eduarda, enfermeira)

“(...) [o pai] é pouco proativo, o homem costuma dizer que tem medo.” (Miguel, médico)

Além da percepção dos profissionais, ilustrada pelas falas acima, um dos pais entrevistados, André, também abordou o assunto do medo de realizar cuidados com filha, apesar de ser muito presente na UTI e estar acompanhando a internação de perto. Ele trabalha

embarcado, e sua rotina funciona da seguinte forma: fica quatorze dias trabalhando e quatorze dias em casa. Quando a filha nasceu, André estava no trabalho.

“Quando ela nasceu, eu pedi pra vir embora. Eu tava embarcado, ela nasceu e eles me liberaram”.

Assim, ele conseguiu permanecer com a recém-nascida durante a internação. Dos quinze dias em que a filha estava na UTI, André diz ter ido para casa apenas três vezes. Quando questionado a respeito de como ele e a companheira se organizavam para permanecer na unidade neonatal com a filha, diz que ambos ficaram praticamente o mesmo tempo. Apesar de sua disponibilidade de tempo, no que diz respeito aos cuidados como troca de fraldas sua posição foi:

“Ela [a companheira] tá [trocando fraldas], eu não. Eu nem pego ela [a filha], só de vez em quando que eu pego ela”.

Segundo André, quando forem para casa, sua companheira continuará como protagonista dos cuidados com a filha

“até ela ficar durinha (...), porque ela molinha eu tenho o maior nervoso de pegar (...). Tenho medo, entendeu?”.

Apesar de os pais se mostrarem interessados e preocupados com os quadros dos bebês e pedirem informações para a equipe, no que diz respeito ao contato físico, os homens demonstram um certo receio. Por vezes, permanecem perto dos filhos, mas sem tocá-los. Durante o trabalho de campo, um dos pais me chamou atenção. Eu sempre o via na unidade com semblante preocupado. Certo dia, ele entrou na unidade neonatal, examinou cuidadosamente a prancheta com informações da filha, olhou para a bebê e saiu. Apesar da aproximação, as mãos se mantiveram para trás, sem tocá-la. A representação do corpo masculino como forte e bruto, em oposição à suposta delicadeza dos movimentos e toques femininos faz com que, culturalmente, o homem seja visto como inapto para cuidar e, por vezes, até mesmo tocar em recém-nascidos.

Nesse cenário, os pais podem se sentir incapazes de realizar tarefas relacionadas ao cuidado físico por medo de tocar na criança, além de haver a crença de que não é seu papel.

Em alguns casos, apenas observam e entendem que o cuidado é função dos profissionais de saúde ou da mãe (SOARES, 2013). Por vezes, os pais relatam que precisam ser ensinados a realizar esses cuidados com o recém-nascido. É de extrema importância, portanto, que o homem se sinta estimulado pela equipe a interagir com o filho (SOARES *et al.*, 2016). Alguns dos profissionais falaram a respeito da importância desse estímulo para os pais.

“Os pais homens, eles conversam com a equipe. Cuidar dos bebês só com muita insistência. Eles têm um medo terrível de tocar nos filhos quando tá na UTI (...). A gente tenta oferecer, ficar do lado, é o que eu faço. ‘Vamos tentar? Eu te ajudo, eu fico do lado’, e aí um ou outro até aceita o desafio se eu ficar do lado.” (Eduarda, enfermeira)

“Ajudar a gravar a dieta, trocar uma fralda (...), mostrar alguns cuidados que eles podem fazer (...), falar que pode tocar, que pode encostar, tudo mais.” (Eva, técnica de enfermagem)

Assim como os homens, as mulheres também necessitam de aprendizado para prover os cuidados ao recém-nascido: dar banho, trocar fralda, cuidar da gastrostomia, alimentar, colocar para dormir. As mães também podem experimentar medo e angústia diante da necessidade de dar conta desses cuidados com um bebê internado.

“(...) eu vejo pais com muito medo (...), pai e mãe. Pai e mãe com medo de se aproximar desse bebê, com medo de trocar uma fralda, fazer alguma coisa.” (Ester, enfermeira)

“(...) mesmo as mulheres que têm outros filhos, com o bebê que tá aqui internado acaba sendo diferente de um bebê saudável. Ela acaba tendo medo, né, de cuidar.” (Érica, enfermeira)

A justificativa de que a mulher seria a pessoa mais preparada para cuidar por algum motivo “biológico” não se sustenta. Atualmente, sabe-se que o homem também passa por transformações corporais na transição para a paternidade, respondendo com mudanças hormonais ao contato com seus filhos (ATZIL, 2012; PROMUNDO, 2016). Tanto as mães como os pais são capazes de sincronizar sua resposta cerebral a partir de “dicas” de seus

próprios bebês (ATZIL, 2012). Não há nenhuma evidência de que homens e mulheres, por motivos corporais e biológicos, tenham aptidões diferentes no que diz respeito aos cuidados com os outros. Crenças como essa devem ser desconstruídas, inclusive, junto aos profissionais de saúde, para que suas práticas possam, de modo efetivo, acolher e incluir os pais nesse contexto (SOARES, 2013; BARCELLOS; ZANI, 2017).

Muitos profissionais de saúde acreditam – ainda que demonstrem dificuldades com tal questão – que o pai deve ser incluído nos cuidados com o recém-nascido. Mas a representação do homem como mais agressivo permanece, assim como a ideia de que seu corpo não é “naturalmente” apto para os cuidados. Assim, como a inclusão pode se efetivar na prática cotidiana das unidades de saúde? Quais são as “coisas de pai” que os serviços consideram como legítimas? E quando existem famílias homoafetivas? E no caso de transexuais? Os desejos relacionados ao exercício da paternidade são aceitos, respeitados e acolhidos pelos trabalhadores da saúde? (RIBEIRO *et al.*, 2015). A intenção desta pesquisa não é esgotar as questões, mas sim explorar algumas delas. Considero importante pontuar que, por vezes, a dificuldade dos serviços de saúde em reconhecer como “legítimas” algumas “coisas de pai” se relaciona, na realidade, a algo muito mais amplo e complexo: a uma cultura que se baseia na divisão binária de funções e habilidades e perpetua a noção de que o homem não está apto para o cuidado.

4.4 O gênero em disputa na unidade neonatal

Estudos têm apontado que a concepção da paternidade vem passando por transformações que contribuem para que, aos poucos, os homens se aproximem dos cuidados (VIEIRA *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2015; SOARES, 2015). Entretanto, muitas vezes, os serviços de saúde não estão preparados para identificar e responder às demandas daqueles que buscam o exercício da paternidade (ALMEIDA *et al.*, 2014). Entre outros fatores, a formação profissional – seja na graduação, na especialização ou pós-graduação – pouco contribui com conteúdos e treinamentos que desenvolvam as habilidades da equipe de saúde para lidar com os pais (CORTEZ *et al.*, 2016). Muitos profissionais entrevistados relataram essa dificuldade e falaram a respeito da falta de preparo, durante suas trajetórias acadêmicas, seja para acolher as famílias, de uma forma mais ampla, seja para acolher os homens nos serviços de saúde.

“Pelo menos na minha época, eu já estou há vinte anos formada, não se falava absolutamente nada, nada, nada sobre isso [acolhimento às famílias].” (Paula, equipe multiprofissional)

“Aprendi vivendo aqui (...). Saí da faculdade, entrei aqui e não sabia nada!” (Eduarda, enfermeira)

“Aprender na prática” foi uma expressão utilizada por muitos profissionais quando falaram sobre as interações com os familiares.

“A gente aprende muita humanização na faculdade (...). Mas a gente vai aprendendo com a prática.” (Elisa, enfermeira)

“A gente sempre tem [aulas de] como abordar [as famílias], inclusive de assuntos mais difíceis (...). Mas, infelizmente, acaba não sendo um toque muito profundo. É uma ou outra aula que a gente tem em alguma matéria (...). A gente sai e não tem muito esse tato de conversa com os familiares (...), acaba que você aprende na prática.” (Manuela, médica)

A formação na área da saúde ainda segue fortemente centrada no paradigma biomédico. Aspectos sociológicos, antropológicos, políticos e psicossociais, que poderiam dar suporte a mudanças nas práticas de interação com pacientes e familiares, são pouco valorizados, quando não negligenciados. Porém, seja por via de pressões de grupos ativistas, seja por via do desenvolvimento de políticas públicas, as práticas de assistência e cuidados em saúde, em alguma medida, sofreram transformações. Esses são processos que se expandiram desde a transição democrática e a promulgação da nova Constituição brasileira, no final dos anos 1980, e que engendram a perspectiva de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.

Note-se que os discursos sobre dificuldades e mudanças no que se refere à presença, ao acolhimento ou à participação dos “familiares”, falam, antes de tudo, muitas vezes explicitamente, dos pais. Como já vimos ao longo desse trabalho, a presença da mãe é naturalizada, de modo que o imaginário do “binômio mãe-filho” resiste e persiste. Os profissionais mais experientes da unidade neonatal, que já atuam na área há muitos anos,

falaram a respeito das transformações que testemunharam, em especial no que se refere à presença dos pais dos recém-nascidos no hospital.

“A mudança maior que eu vejo de uns anos pra cá é a maior participação do pai. Pais que se interessam um pouco mais e não largam isso como se fosse responsabilidade apenas da mãe. Pais que querem fazer, querem aprender, e aí acabam se envolvendo um pouco mais nessa questão dos cuidados, né.” (Marcos, médico)

“Eu tenho visto mais isso do que há anos atrás, acho que isso mudou um pouco, sim.” (Marina, médica)

Profissionais mais jovens e formados há menos tempo, especialmente, veem como “questão cultural” o fato de as mulheres serem responsabilizadas pelos cuidados com os recém-nascidos. O distanciamento do pai – ainda que problematizado mais superficialmente, sem levar em consideração questões de gênero que estruturam a divisão sexual do trabalho de cuidados – não é atribuído a questões biológicas, mas culturais.

“(…) eu acho que é uma coisa que foi imposta pela sociedade nesse sentido, entendeu?” (Patrícia, equipe multiprofissional)

“É uma questão cultural, né, brasileira (...). A equipe não tá isolada disso, né? E aí ela reproduz, sem dúvida. É muito voltado pra mãe essa questão do cuidado.” (Priscila, equipe multiprofissional)

“Historicamente, eu acho por questão de machismo mesmo. Por ficar o cuidado da criança sempre renegado à mulher.” (Miguel, médico)

“Acho que é muito cultural (...). A gente tem essa ideia, né, que a mãe ela gera e ela cuida, né? (...) Um padrão que já vem há muito tempo. Apesar de eu não... Acho que seja o correto, né? E nem que seja responsabilidade apenas da mãe, mas como a gente culturalmente já tem muito disso, a mãe é vista como cuidadora e acaba se centralizando nela.” (Manuela, médica)

Estamos diante de um longo caminho a ser trilhado rumo à inserção dos homens nos cuidados, já que o afastamento deles do trabalho de reprodução social se estende muito além da cultura hospitalar: ele reflete o modo como nossas práticas culturais constrói lugares e papéis de homens e mulheres, com base em um imaginário binário do gênero.

A despeito das mudanças de atitudes apontadas pelos entrevistados, das lutas dos movimentos sociais pela equidade de gênero e das políticas públicas que instam a participação paterna nos cuidados com a prole, o homem não se vê e não é visto como protagonista desses cuidados. Essa função é entendida como sendo da mãe e, em sua ausência, das avós, tias, irmãs e enfermeiras (CORTEZ *et al.*, 2016).

Soares (2013) discute como a relação família-equipe profissional na UTI Neonatal é atravessada por diversas questões socioculturais e psicoemocionais, tanto dos familiares como dos próprios trabalhadores. Muitas vezes, os profissionais de saúde entendem que essa presença altera as rotinas, além de sentirem que seu trabalho está sendo constantemente fiscalizado (SOARES, 2013). Esse mesmo desconforto foi relatado por enfermeiras participantes desta pesquisa.

“Eles [pais e mães] se preocupam se tá alarmando [tocando o alarme], se não tá (...), se foi feito medicação, se não foi. (...) Parece que eles querem mais se colocar como fiscais do nosso cuidado.” (Ester, enfermeira)

O fato de essas profissionais se sentirem observadas e fiscalizadas pelas famílias pode criar ruídos nas relações. Chama a atenção o fato de que os homens, especialmente, são apontados por elas como figuras desestabilizadoras e, de algum modo, ameaçadoras à ordem estabelecida na UTI neonatal. Houve relatos que apontaram os pais como mais questionadores do que as mães.

“Eu vejo mais pais questionando essa coisa de: ‘Ai, que que isso quer dizer? Que monitor é esse? Ele não tava assim’. Eu vejo mais o pai como alguém questionador.” (Ester, enfermeira)

“Eles perguntam bastante. A gente tava agora com um neném que chegou, aí ele: ‘Ai, esse tubo, é pra quê?’ (...) Eles são muito questionadores (...). Às vezes o pai é mais questionador que a mãe.” (Elisa, enfermeira)

O senso comum dos profissionais de saúde de que os homens são mais questionadores, assertivos e agressivos e, por isso, são menos capazes de dar conta dos cuidados com crianças foi observada em outro estudo (CARVALHO, 2007). Essas características relacionadas às masculinidades acabam reforçando a ideia da inabilidade corporal masculina para os cuidados, e reiteram, na unidade neonatal, a divisão de papéis entre homens e mulheres (BARCELLOS; ZANI, 2017).

De acordo com Reis *et al.* (2017), quando um homem está com um filho hospitalizado, suas leituras a respeito da masculinidade podem ser reajustadas para que ele se adapte a novas funções e atenda às demandas de cuidado. Contudo, nem sempre esse processo é apoiado pela equipe de saúde. Na unidade neonatal, o pai pode ser visto pela equipe como uma possível ameaça ao modo como a unidade opera. Ao justificar mudanças no setor de neonatologia que, conforme já discutido, acabam privilegiando a presença da mãe – que “amamenta” – em detrimento da presença paterna, uma profissional de enfermagem diz que novas regras foram necessárias porque

“aqui [na unidade neonatal] não comporta a quantidade de gente que fica na parte do dia (...), e também por conta dos conflitos que estavam tendo”. (Eva, técnica de enfermagem)

Ao ser questionada a respeito de quais tipos de conflito estavam ocorrendo, ela afirma que

“(…) às vezes o pai, ele encoraja a mãe a reclamar (...). [Os pais] querem as coisas todas na hora que eles acham que tem que ser, e aí as pessoas começam a podar isso: ‘Olha, não pode, não é assim, cada coisa tem seu horário, a gente se organiza dessa forma’. E eles, saindo um pouco [da unidade neonatal], dá pra gente, sabe?, malear a mãe. ‘Não, agora a gente vai fazer isso com esse bebê, e depois vai fazer com aquele bebê, e você fica aqui ordenhando’. Aí elas vão ficar quietinhas aqui ordenhando. Agora, com o pai, não! [Eles] vão falar: ‘olha vai lá, chama lá [alguém] aí, tem que fazer... tá na hora... o que que é isso?’.” (Eva, técnica de enfermagem)

Essa fala exemplifica a representação estereotipada do homem como agressivo, “mandão”, que se impõe e não se inibe de tomar a palavra e questionar, ao passo que a mulher

é representada como mais “maleável”, fácil de contornar, portanto, mais apta a seguir as regras do setor e ficar na linha de frente dos cuidados com o bebê internado.

Que “ordem” é essa que se desestabiliza com a presença dos homens na unidade neonatal? Por que são as profissionais de enfermagem e não outros profissionais que, principalmente, trazem essa questão? Por que as profissionais de enfermagem, ao darem exemplos para sustentarem seus argumentos, apresentam os homens como questionadores não das suas atenções e afetos, mas do uso e o controle das técnicas e dos aparelhos?

As falas das profissionais de enfermagem no sentido de que a presença de pais desestabiliza e ameaça a ordem estabelecida no serviço suscitam várias questões relacionadas à disputa de poder e conflitos de gênero. Podemos entrevê-las por dois ângulos dialeticamente articulados. Eis o primeiro: na unidade neonatal, o poder instituído é feminino; as enfermeiras cuidam dos bebês, colocam-se como “mães” daqueles que estão sob seus cuidados e gerem a organização do espaço; o homem ameaça a lógica do setor, dominado por profissionais mulheres, e, então, ele precisa ser colocado para fora; a mãe ou outra mulher que a substitua, em contrapartida, é vista como passiva e maleável, e sua permanência não representa um perigo à hierarquia profissional de saúde/paciente – que, por sua vez, engendra, ela mesma, lógicas homólogas às hierarquias de gênero. Assim, separa-se quem manda e quem obedece, quem fala e quem escuta, quem domina os conhecimentos científicos e quem não os domina, os ativos e os passivos.

De outro ângulo, o conflito nos leva a outras conjecturas: aquelas a quem os homens-pais interpelam e “questionam” são as profissionais que estão no centro do provimento dos cuidados – as profissionais de enfermagem, aquelas que estão presentes ininterruptamente na unidade neonatal. Elas que, em última instância, se responsabilizam e controlam não somente os procedimentos corriqueiros de cuidados com recém-nascidos internados, mas também aparelhos, tubos, monitores, toda uma maquinaria tecnológica da qual, muitas vezes, a vida desses pacientes depende absolutamente, ao menos naquele momento. O que pode representar de ameaça, desestabilização ou mal-estar no filão hegemônico da ordem normativo-hierárquica do gênero esse conjunto de mulheres com poderes sobre técnicas, tecnologias e vidas, quando essas três coisas, no imaginário moderno, pertencem ao domínio dos homens?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, ativistas e acadêmicos vêm problematizando as relações dos homens com os serviços de saúde e seus cuidados com o corpo. Um fator particularmente importante para este estudo é que se tem colocado em foco a participação masculina no trabalho de cuidados com os outros, especificamente com a sua prole. Nesse último sentido, debateu-se a importância de impulsionar mudanças cujos efeitos seriam novas formas de pensar e agir masculinas, que foram tratadas sob a rubrica de “paternidade ativa”. Tais problematizações vêm no bojo dos debates sobre justiça de gênero, das reflexões críticas sobre os padrões hegemônicos de masculinidade, das transformações no mundo do trabalho e no universo familiar e da intimidade. No Brasil, diversas leis, políticas, programas, projetos e campanhas foram instituídas com o objetivo de estimular o exercício da “paternidade ativa”, para, entre outras questões, trazer os homens para os serviços de saúde e envolvê-los, de modo equitativo, nos cuidados com bebês e crianças.

Se, por um lado, o desenvolvimento e implementação dessas políticas impulsionou, em alguma medida, mudanças em relação ao foco anterior do sistema de saúde – o “binômio mãe-bebê” – por outro, na prática, os avanços ainda são extremamente tímidos. Isso é o que se depreende de nossa pesquisa, desenvolvida em uma instituição fortemente exposta ao debate da humanização, da equidade e da “paternidade ativa”, mas cujas práticas ainda reiteram e reproduzem, cotidianamente, as normas da divisão sexual do trabalho. Na realidade, essas mudanças logradas até aqui não parecem ser estruturais. Ao contrário, apenas tangenciam as bases mais fortes que estruturam a divisão sexual do trabalho, papéis de homens e mulheres, identidades, simbolismos do feminino e do masculino e o binarismo de gênero.

Na UTI neonatal, todo o ambiente, as simbologias, as práticas e padrões de interação entre profissionais, e destes com os pacientes e familiares, reafirmam os tradicionais lugares de homens e mulheres, com enormes obstáculos à efetiva participação dos homens-pai nos cuidados – não como “ajudante” da mãe, mas como protagonista de sua relação com o filho. Na grande maioria dos casos, os homens não entendem a responsabilidade de cuidar da prole como sua, ou não a enxergam como uma responsabilidade tão grande e importante quanto a da mulher. As mulheres, suas companheiras, também o concebem assim: reafirmam os seus saberes e poderes exclusivos no trato com os filhos, naturalizam a participação periférica dos pais e reafirmam seu papel como provedores. Complementando esse imaginário coletivo, os próprios profissionais de saúde reforçam a ideia de pai como “apoio” para a mãe, como figura

que, por sua suposta natureza, não seria capaz de cuidar de recém-nascidos, em pé de igualdade. Assim, apesar da retórica de alguns profissionais, que realçam mudanças no serviço em relação à integração dos homens-pais, a forma como estes constroem e organizam suas práticas continua essencialmente a mesma: focando na mulher enquanto cuidadora, e o pai como provedor – o que “tem que trabalhar” -, incluindo-o no máximo, como “auxiliar”, mantendo a lógica da clássica divisão sexual do trabalho.

Até que ponto os discursos, as leis, políticas e campanhas têm, de fato, a expectativa e a potência para transformação dos papéis masculinos na esfera da reprodução social? Quais são e onde estão limites desses instrumentos para redefinir pensamentos, atitudes, papéis atribuídos, práticas, enfim, para reorganização a distribuição do poder que é o gênero? Até que ponto há real interesse em manter as estruturas que fazem reproduzir a ordem normativa de gênero?

Os corpos femininos e masculinos estão inseridos em uma ordem regulatória de modos diferentes e, como coloca Laqueur (1992), incomensuráveis. Mesmo que diversas iniciativas da sociedade contemporânea questionem o modelo de paternidade clássica – como o ativismo feminista, os estudos acadêmicos, leis e políticas – essas iniciativas parecem não ter (ainda?) poder suficiente para subverter as normas disciplinares e biopolíticas que mantêm homens e mulheres em posições específicas dentro do sistema social. Segundo Foucault (1976), o controle desses corpos por meio de técnicas disciplinares e o controle da espécie por meio da regulação e vigilância dos modos de reprodução social fazem parte das engrenagens que mantêm os sujeitos em lugares/posições específicas. No caso desse, mantêm as mulheres no lugar de cuidadoras e os homens de provedores.

Pensando especificamente no caso da UTI neonatal do IFF/Fiocruz, ficam claras as contradições da instituição que, por um lado, se dedica a problematizar as desigualdades de gênero e incorporar o compromisso com os direitos reprodutivos, que realiza pesquisas a respeito de masculinidades e paternidades, mas que, por outro lado, reproduz no cotidiano de suas práticas o modelo tradicional de cuidados com os filhos. Ainda há uma enorme dificuldade em sair do binarismo, em romper com os lugares cristalizados de homem e mulher, papel de mãe e papel de pai. Isso porque a questão é muito mais ampla do que o espaço da unidade neonatal propriamente dito – e, na realidade, do que os serviços de saúde de uma forma geral. A perspectiva de uma real transformação ainda é um horizonte distante, com inúmeras barreiras que precisam ser transpostas para que um novo modelo de organização se efetive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUAYO, Francisco; NASCIMENTO, Marcos. Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 207-220, abr. 2016.
- ALMEIDA, Bruna; SILVA, Bárbara; RIBEIRO, Juliane; OLIVEIRA, Adriane. Percepção dos enfermeiros das unidades de maternidade e pediatria acerca do cuidado paterno. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 792-802, out./dez. 2014.
- ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 45-68, out. 2006.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1981.
- ATZIL, Shir *et al.* Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: relations to oxytocin and vasopressin. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 51, n. 8, p. 798–811, jun. 2012.
- BARCELLOS, Amanda; ZANI, Adriana. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences (Online)**, v. 5, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875631>>. Acesso em: 02 out. 2018.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.
- BIROLI, Flávia. Divisão Sexual do Trabalho e Democracia. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 719-754, set. 2016.
- _____. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BRAIDE, Andrea Stopiglia Guedes *et al.* Sou homem e pai, sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**, v. 42, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para pais: como exercer uma paternidade ativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 mar. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 maio 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, Brasília, 11 maio 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 set. 2008. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11770-9-setembro-2008-580284-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 jun. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASILEIRO, Pedro *et al.* A transição para a paternidade a paternidade em transição. *In*: MOREIRA, Lúcia; PETRINI, Giancarlo; BARBOSA, Francisco (Org.). **O pai na sociedade contemporânea**. São Paulo: EDUSC, 2010.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *In*: CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15, 2006. Cap. 1, p. 17-35.

CARVALHO, Maria Luiza. **Cuidado, sociedade e gênero: um estudo sobre pais cuidadores**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa EICOS de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro.

CERVENY, Ceneide; CHAVES, Ulisses. Pai? Quem é este? A vivência da paternidade no novo milênio. *In*: MOREIRA, Lúcia; PETRINI, Giancarlo; BARBOSA, Francisco (Org.). **O pai na sociedade contemporânea**. São Paulo: EDUSC, 2010.

CORTEZ, Mirian *et al.* Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Revista Psicologia em Estudo**, Paraná, v. 21, n.1, p. 53-63, 2016.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Isabela Saraiva de. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **Jornal de Pediatria (online)**, Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S44-S51, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2020.

CUSTÓDIO, Zaira. **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida**. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Florianópolis.

DONATI, Pierpaolo. **Família no século XXI: abordagem relacional**. São Paulo: Paulinas, 2008.

DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas**. In: Bosi, Maria Lúcia. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

FERREIRA, Anderson. **Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 6583, de 2013**. Define a entidade familiar como o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=597005>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FREIRE, Maria Martha. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, MC. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 79-108.

GOMES, Romeu et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1545-1552, maio 2016.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 46, p. 59-77, Abr. 2016.

HIRATA, Helena. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparada. **Friedrich Ebert Stiftung Brasil**, n.7, 2015.

_____. O trabalho de cuidado: Comparando Brasil, França e Japão. **Revista SUR**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1 p. 145-158, 2000.

MARSKI, Bruna de Souza Lima *et al.* Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 221-228, Abr. 2016.

MARTINS, Aline. Paternidade: repercussões e desafios para a área de saúde. **Revista Pós Ciências Sociais**, Maranhão, v. 6, n. 11, p. 59-73, 2009.

MEDRADO, Benedito *et al.* Políticas públicas como dispositivos de produção de paternidades. *In*: MOREIRA, Lúcia; PETRINI, Giancarlo; BARBOSA, Francisco (Org.). **O pai na sociedade contemporânea**. São Paulo: EDUSC, 2010. Cap. 3, p. 53-80.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, Marcos; SEGUNDO, Márcio. Hombres, masculinidades y políticas públicas: aportes para la equidad de género en Brasil. *In*: AGUAYO, Francisco; SADLER, Michelle (Ed.). **Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la Equidad de Género**. Universidad de Chile – Facultad de Ciencias Sociales, 2011, p. 50-62.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. Analisando dados qualitativos. *In*: **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRATES, Lisie; SCHMALFUSS, Joice; LIPINSKI, Jussara. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, jun. 2015.

PROMUNDO-BRASIL. **A Situação da Paternidade no Brasil**. Rio de Janeiro, Brasil: Promundo, 2016.

PROMUNDO-BRASIL. **A Situação da Paternidade no Brasil 2019: Tempo de Agir**. Rio de Janeiro, Brasil: Promundo, 2019.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REIS, Alyne Corrêa de Freitas. **A inserção/participação do homem na gestação, nascimento e no cuidado com os filhos**. 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

RIBEIRO, Cláudia; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3589-3598, nov. 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidade de Saúde Parceira do Pai**. 2009. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2016/04/unidade-de-sac3bade-parceira-do-pai.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ROUSSEAU. **Emílio ou Da Educação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1762

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SILVA, Nayra Danyelle Batista da; MACEDO, João Paulo Sales. Novas Vozes no Cuidado: Uma Revisão Sistemática Sobre a Produção Científica no Campo de Discussão Entre Masculinidade e Cuidado. **Revista FSA**, Teresina, v. 16, n. 2, p. 318-339, mar./abr. 2019.

SOARES, Rachel. **Os significados de ter um filho prematuro para pais homens: contribuições da enfermagem neonatal**. 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira *et al.* Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade à paternidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 409-416, set. 2015.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira *et al.* Os significados de cuidar do filho pré-termo na visão paterna. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016.

SORJ, Bila. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 123-128, jun. 2014.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, ago. 2016.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. *In*: NUNES, E. (Org.). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VISENTIN, Patrícia Menezes; LHULLIER, Cristina. Representações sociais da paternidade: um estudo comparativo. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 305-312, dez. 2019.

VOSNE MARTINS, Ana Paula. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ZANI, Adriana *et al.* Nascimento e hospitalização do filho prematuro: sentimentos e emoções paternas. **Revista Uruguaya de Enfermaria**. Uruguay, v. 11, n. 2, p. 14-26, 2016.

ZELIZER, Viviana. A economia do *care*. *In*: FONTES, Adriana *et al.* **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

APÊNDICE A – QUESTÕES DISPARADORAS PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE NEONATAL

Vamos começar nossa conversa falando sobre os cuidados com o recém-nascido que nasce e vai para casa logo. Como fica a dinâmica da família em relação aos cuidados com ele? (Aspectos a serem investigados: mudanças nas rotinas familiares, quem é o principal cuidador, se há divisão de tarefas e como estas são estabelecidas).

E em relação aos recém-nascidos internados em Utin, o que você observa sobre a presença das famílias, sua interação com o bebê e com a equipe de saúde? (Aspectos a serem investigados: frequência, quem costuma ficar mais tempo com o RN, quem interage mais com a equipe de saúde, quem a equipe convoca mais para discutir diagnóstico, prognóstico e intercorrências).

Nesse contexto, como se dão os cuidados por parte dos cuidadores/familiares em relação ao recém-nascido? (Aspectos a serem investigados: quem realiza os cuidados – fora a equipe).

Com quem você interage mais? Pai, mãe ou outro familiar/cuidador? Você saberia dizer o por quê? (Aspectos a serem investigados: concepções de gênero e divisão sexual do trabalho).

Na sua formação como profissional de saúde, como se deu o processo de aprendizagem em relação ao acolhimento das mães? E dos pais? E outros familiares?

Gênero/sexo:

Idade:

Local de moradia:

Raça/cor:

Religião:

Profissão:

Tempo de formado:

Vínculo com o IFF:

Tempo no IFF/ em UTI Neonatal:

Filhos:

APÊNDICE B – QUESTÕES DISPARADORAS PARA ENTREVISTAS COM PAIS, MÃES E CUIDADORES DE BEBÊS INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL

Como vocês se organizavam antes do nascimento deste filho? (Aspectos a serem investigados: quem trabalhava fora, quem trabalhava dentro de casa, como os cuidados com os outros filhos eram realizados)

Como você e sua família têm se organizado para cuidar do bebê durante a internação na Utin? (Aspectos a serem investigados: quem prioritariamente fica com o bebê, quem cuida dos outros filhos – caso haja – e da casa, mudanças na rotina, divisão de tarefas)

Como você observa a relação entre equipe de saúde e familiares? Quem na sua família você considera mais próximo da equipe? Por que?

Você acha que a equipe incentiva a participação da mãe/pai/outras familiares nos cuidados com o recém-nascido? De que maneira?

Gênero/sexo:

Idade:

Escolaridade:

Raça/cor:

Religião:

Local de moradia:

Ocupação:

Relação com o bebê:

Estado civil:

Filhos:

APÊNDICE C



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título da pesquisa: Paternidade, maternidade e cuidados na UTI Neonatal

Pesquisadoras responsáveis: Letícia Warwar Zaffari e Claudia Bonan Jannotti

Contato: (21) 98195-2222

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ

Nome do participante: _____

Você está convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Paternidade, maternidade e cuidados na UTI Neonatal”, pois você se apresenta dentro dos critérios da pesquisa, sendo profissional de saúde atuante na área da neonatologia. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como ocorrem os cuidados com os bebês, por parte da família/cuidadores, na UTI Neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Você participará de uma entrevista com uma das pesquisadoras responsáveis, que será realizada no próprio instituto, em um local que garanta a maior privacidade possível. O conteúdo das entrevistas será a respeito dos cuidados dispensados por parte das famílias/cuidadores aos recém-nascidos internados. A entrevista será gravada em áudio e transcrita na íntegra, para posterior análise.

Os riscos relacionados à participação na pesquisa são de quebra de sigilo, mas cabe lembrar que todo o material da pesquisa será armazenado em local seguro e só será compartilhado entre as pesquisadoras. Além disso, não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados serão divulgados apenas em eventos e/ou revistas científicas. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pela pesquisadora

Esta pesquisa poderá trazer benefícios tanto para os familiares quanto para os recém-nascidos, pois contribuirá para uma melhor compreensão sobre a participação dos pais, mães e outros cuidadores nos cuidados com o bebê durante a sua internação. Essa compreensão poderá favorecer a melhoria do relacionamento da equipe de saúde com as famílias.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você poderá abandonar ou retirar-se do estudo a qualquer momento. A pesquisadora também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ele achar necessário para o seu bem-estar.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Aprovação do participante de pesquisa

Eu, _____
autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Data: _____

Telefone: _____

Testemunha

Nome: _____

Documento: _____

Endereço/telefone: _____

Assinatura: _____

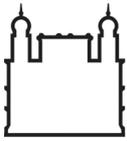
Data: _____

Investigadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS, MÃES E CUIDADORES

Título da pesquisa: Paternidade, maternidade e cuidados na UTI Neonatal

Pesquisadoras responsáveis: Letícia Warwar Zaffari, Maria de Fátima Junqueira-Marinho e Claudia Bonan Jannotti

Contato: (21) 98195-2222

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ

Nome do participante: _____

Prontuário: _____

Você está convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Paternidade, maternidade e cuidados na UTI Neonatal”, pois você está dentro dos critérios da pesquisa, sendo pai, mãe ou cuidador de um recém-nascido internado na área da neonatologia do Instituto Fernandes Figueira. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como ocorrem os cuidados com os bebês, por parte da família/cuidadores, na UTI Neonatal. Você participará de uma entrevista com uma das pesquisadoras responsáveis, que será realizada no próprio hospital, em um local que garanta a maior privacidade possível.

O conteúdo das entrevistas será a respeito da sua participação nos cuidados com o bebê e relação com a equipe de saúde do setor onde ele está internado. A entrevista será gravada em áudio e transcrita, para ser analisada.

Os riscos relacionados à participação na pesquisa são de ordem emocional, mas a entrevistadora é psicóloga com treinamento para conduzir a entrevista e prestar assistência se você precisar. Se for percebida a necessidade de acompanhamento psicológico, este será feito independente de sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa poderá trazer benefícios tanto para os familiares quanto para os recém-nascidos, pois contribuirá para uma melhor compreensão sobre a participação dos pais, mães e outros cuidadores nos cuidados com o bebê durante a sua internação. Essa compreensão poderá favorecer a melhoria do relacionamento da equipe de saúde com as famílias.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você poderá abandonar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo no seu tratamento ou acompanhamento ou do recém-nascido nesta instituição. A pesquisadora também poderá retirá-lo(a) do estudo a qualquer momento, se ela achar necessário para o seu bem-estar.

Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou do bebê. Os resultados serão divulgados apenas em eventos e/ou revistas científicas. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pela pesquisadora.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Aprovação do participante de pesquisa

Eu, _____
autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Data: _____

Telefone: _____

Testemunha

Nome: _____

Documento: _____

Endereço/telefone: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Investigadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____