

Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola

Women's experiences about the process of parturition and postpartum in a school hospital

Isabella Kolln Genero¹ 
 Karolina Reis dos Santos² 

¹Autora para correspondência. Universidade Estadual de Maringá (Maringá). Paraná, Brasil. isageneropsi@gmail.com

²Universidade Estadual de Maringá (Maringá). Paraná, Brasil. karol.lukachaki@gmail.com

RESUMO | Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender a percepção das mulheres sobre o atendimento ofertado em um Hospital-Escola Público, assim como apreender as representações sociais sobre maternidade que perpassam este contexto, considerando de que forma a amamentação tem sido vivenciada pelas mulheres e incorporada na assistência em saúde. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas presenciais semiestruturadas com oito mulheres hospitalizadas. A escolha pela entrevista semiestruturada se deu para que o foco da pesquisa pudesse ser investigado e não corréssemos o risco de obter falas aleatórias e não relacionadas ao tema. Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin, resultando em quatro categorias de análise elaboradas pela pesquisadora após análise do conteúdo das falas obtidas, são elas: a) As representações sobre ser mãe; b) Vivências do trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato; c) A institucionalização do corpo; d) Atendimento ofertado às mulheres e relação profissional-paciente. Como resultados, elucidou-se que as representações sociais sobre a maternidade estavam presentes nas experiências das mulheres entrevistadas, interferindo em sua maternagem e na percepção da amamentação, bem como na assistência em saúde. A institucionalização do corpo e partos disciplinadores entre cuidado/prevenção também agravam a regulação da mulher. Relatos de práticas de acolhimento, interdisciplinaridade e integralidade no cuidado estiveram presentes, porém a vivência de limitações nos processos comunicacionais, a organização do serviço de saúde, a relação de saber/poder transformada em hierarquização no encontro paciente-profissional e a objetificação da mulher no processo de parto, denotaram a necessidade de importantes modificações na forma de cuidar e assistir mulheres durante este processo, afim de possibilitar o protagonismo das mulheres e humanização hospitalar. Percebeu-se a importância desta pesquisa como forma de efetivação de um lugar de fala para as mulheres-pacientes e suas realidades, fato que justifica sua execução e publicação, uma vez que os dados obtidos podem contribuir para a melhora dos cuidados ofertados pela equipe multiprofissional, que pode também atuar objetivando a construção de um espaço de troca entre essas pacientes e os profissionais que as atendem.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia hospitalar. Maternidade. Poder disciplinar. Institucionalização.

ABSTRACT | This is a qualitative research that aimed to understand women's perception of the care offered in a Public School Hospital, as well as to apprehend the social representations about maternity that pervade this context, considering how breastfeeding has been experienced by women and incorporated into health care. Data collection occurred through semi-structured face-to-face interviews with eight hospitalized women. The choice for the semi-structured interview was made so that the research focus could be investigated and we did not run the risk of obtaining random and unrelated statements. Bardin Content Analysis was used, resulting in four categories of analysis elaborated by the researcher after analysis of the content of the speeches obtained: a) Representations about being a mother; b) Experiences of pre-partum, delivery and immediate post-partum work; c) The institutionalization of the body; d) Attendance offered to women and professional-patient relationship. As results, it was elucidated that the social representations about maternity were present in the experiences of the interviewed women, interfering in their maternity and in the perception of breastfeeding, as well as in health assistance. The institutionalization of the body and disciplinary births between care/prevention also aggravate women's regulation. Reports of reception practices, interdisciplinarity and integrality in the care were present, however the experience of limitations in the communicational processes, the organization of the health service, the relation of knowledge/power transformed in hierarquization in the patient-professional relation and the objectification of the woman in the childbirth process, denounced the necessity of important modifications in the way of caring and assisting women during this process, in order to make possible the protagonism of the women and hospital humanization. It was perceived the importance of this research as a form of accomplishment of a place of speech for the women-patients and their realities, fact that justifies its execution and publication, once the obtained data can contribute for the improvement of the cares offered by the multiprofessional team, that can also act aiming at the construction of a space of exchange between these patients and the professionals that attend them.

KEYWORDS: Hospital psychology. Maternity. Disciplinary power. Institutionalization.

Introdução

Este trabalho se debruçou sobre os cuidados oferecidos às puérperas dentro de uma instituição hospitalar e como eles poderiam influenciar na forma como as mães se vinculariam com seus bebês e também com os profissionais. Para isso, trabalhou-se com as representações sociais envolvendo a questão da maternidade, partindo do que as próprias mães pensavam sobre o momento vivido e cuidados ofertados, buscando compreender de que forma estas representações poderiam interferir no entendimento da maternidade.

Conforme Moscovici (2007), as representações sociais são conhecimentos, ideias e significados relacionados a um objeto, sujeito ou contexto, construídos e difundidos na sociedade através dos meios de comunicação, da linguagem, das ciências e instituições e que produzem efeitos nas relações interpessoais, nos comportamentos e discursos dos indivíduos, ao mesmo tempo interagindo com os aspectos psicológicos e da experiência dos sujeitos. Estas representações “São ligadas a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado dos conhecimentos científicos, bem como à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva do indivíduo” (Jodelet, 2001, p. 4), sendo comumente denominadas como “senso comum”. A Psicologia Social identifica as representações sociais como conhecimentos difundidos socialmente e comuns a um grupo de indivíduos.

No ambiente hospitalar, as relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, as formas de compreensão da saúde e doença, os ideais e significados da maternidade e amamentação são perpassados por inúmeras representações sociais, tornando o hospital, em sua construção histórica e seu funcionamento atual, um espaço para exploração destes aspectos. Nesse sentido, a ideia era observar quais representações perpassavam os relacionamentos entre profissionais e puérperas, e dessas puérperas com seus filhos, e se essas representações contribuíam ou não com as diversas interações existentes em contexto hospitalar.

O nascimento e desenvolvimento da anatomia hospitalar assim como das ciências médicas e da saúde, caracterizam-se pelos dispositivos da disciplina e organização, desde sua arquitetura, normas institucionais e práticas profissionais, estando situados pela conjuntura social, econômica e política em que estão

inseridos (Foucault, 1982; Helman, 1994). Tais dispositivos passam a ser instaurados também sob a justificativa do cuidado em saúde, embora extrapolem o saber médico, agindo sobre as relações e o comportamento de todos os sujeitos “pertencentes” ao hospital, não igual, mas conjuntamente (Boreinstein, 1999; Foucault, 1982).

Entendendo a instituição hospitalar neste viés, também lida-se com o parto institucionalizado, que historicamente migrou do ambiente familiar e privado para o hospital sob a ótica biomédica, transformando assim também as relações e papéis de cada sujeito no processo de parturição: o profissional enquanto figura ativa e norteadora, e a mulher tornada objeto de intervenção (Nagahama & Santiago, 2005), sendo justamente o tornar objeto a figura feminina, uma prática desumanizadora a ser refletida e enfrentada.

Considerando que as representações sociais, disciplinas e práticas no hospital geram relações desiguais/hierárquicas entre os sujeitos e grupos, assim como perpassam o manejo das singularidades e demandas dos sujeitos ocasionando impactos biopsicossociais, ao analisar o atendimento às mulheres no contexto hospitalar da parturição e puerpério buscou-se correlacionar os achados com a política de humanização - compreendida como meio para identificar limitações e orientar transformações das práticas e relações nos processos de produção de saúde, buscando-se a valorização, atenção e cuidado aos diversos sujeitos e grupos envolvidos neste processo (Ministério da Saúde, 2004).

Refletir sobre a disciplinarização no ambiente hospitalar não visa sua desvalorização, uma vez que relaciona-se às necessidades da assistência qualificada e eficaz, mas contempla a reflexão crítica de tal fenômeno sobre pacientes e trabalhadores e seu impacto na saúde destes, uma vez que percebemos que é tênue a linha entre os efeitos de cuidado/proteção e controle/normatização, entre a disciplina de corpos para a produção de saúde e a disciplina para exclusão, negligenciando desejos, vozes, direitos e a singularidade de cada indivíduo.

Neste sentido, pensando que todos os encontros são perpassados pelas relações de poder/saber e pelas interseccionalidades (gênero, raça, classe), é importante considerar que a presente pesquisa viabiliza o “lugar de fala” para as pacientes mulheres puérperas e coloca o pesquisador/profissional de saúde

no “lugar de escuta” de suas histórias, percepções e realidades, conectando-se às experiências e buscando transpô-las para a transformação do serviço de saúde e da postura profissional (Gorjon, Mezzari & Basoli, 2019).

Entendendo o corpo não apenas como organismo físico oscilante entre saúde e doença, mas como um conjunto de significados sociais e psicológicos (Helman, 1994), propomos a revisão do processo de gestar e nascer de “mãe, filho, família” transcendendo o conceito biomédico/organicista, ampliando-o para seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, que proporcionam impacto na trajetória da mulher e convida-a à reinvenção de si mesma enquanto indivíduo na sociedade, nas relações familiares e no trabalho.

As complexas experiências vinculadas com a maternidade iniciam-se desde o esperar e descobrir a gestação, é atravessado pela experiência da hospitalização, seguindo-se ao puerpério e ao período em que a mulher realiza novamente a transição para o contexto do lar vivenciando a concretude do filho. O parto constitui-se como ritual de passagem e, neste processo de transformações, sob vários pontos de vista psicossocial e orgânico, os primeiros dias e semanas após o nascimento do bebê trazem uma relação intensamente emocional (Maldonado, 1981).

As representações sociais e relações políticas são moldadas conforme a lógica dos discursos que as permeiam. Os saberes e práticas da saúde se constituem dispositivos discursivos construídos conforme a lógica social biomédica, a cultura vigente e a manutenção das necessidades econômicas e de mão-de-obra (Foucault, 1982; Helman, 1994). Uma vez que a mulher puérpera situa-se num período de transformações em seu corpo e papel social, faz-se necessária a reflexão sobre os significados sociais e psicológicos da maternidade relacionados à representação social dos papéis da mulher baseados em aspectos biológicos do corpo, naturalizados e normatizados em sua função como mãe.

Diferenciar maternidade e maternagem constitui-se um dos pontos para compreensão do modo de realizar a assistência em saúde e o modo de viver este momento na vida das mulheres. Assim, maternidade refere-se ao componente orgânico deste processo de gestar, parir, nutrir, aleitar, atender as necessidade

básicas do bebê, enquanto a maternagem refere-se ao modo de vivenciar, identificar-se, vincular-se, significar, afetar-se com o bebê e consigo mesma na função parental, o que envolve também os significados e contexto social e psicológico da mulher (Winnicott, 2000; Gradivohl, Osis & Makuch, 2014).

Frente a isto, pensar a amamentação e sua institucionalização junto ao parto, nos remete a refleti-la em sua significação social, psicológica e cultural, que foi construída socialmente enquanto ato naturalizado da mulher-mãe, como critério de qualificação do tornar-se mãe na sociedade, conhecimento este transmitido e propagado socialmente e imersos na realidade brasileira (Giordani, Piccoli, Bezerra & Almeida, 2018; Pastorelli, Oliveira, Silva, Silva & Silva, 2019). Assim, a não compreensão da amamentação enquanto possibilidade do desejo feminino e materno, pode vir a tornar-se uma regra enrijecida na instituição hospitalar, vinculada a concepções unicamente biologizantes.

Sobre esta decisão e desejo da mulher, questiona-se: quais os lugares de fala e de escuta realisticamente presentes no hospital? Viabilizam-se pronunciamentos ou silenciamentos destes desejos na instituição hospitalar?

A instituição hospitalar em sua complexidade tecnológica e relacional, envolve profissionais, pacientes e seus familiares, diante disto percebe-se a importância de identificar e refletir sobre as representações sociais bem como as vivências das mulheres-mães inseridas neste contexto, como forma de reflexão crítica e possível contribuição para o aprimoramento das ações ali realizadas no sentido do cuidado com estas mulheres que acabaram de se tornar também mães.

Considerando os apontamentos feitos acima, este trabalho objetivou compreender a percepção das mulheres atendidas sobre o cuidado ofertado pelos profissionais no contexto hospitalar em que estão inseridas, assim como refletir sobre a representação da mulher puérpera, da maternidade e da amamentação, considerando os discursos que perpassam o atendimento ofertado, com intuito de desvendar possíveis prejuízos acarretados por representações, muitas vezes, naturalizadas da maternidade. Com isso, esperou-se contribuir para as reflexões sobre o tema e a forma como o cuidado é ofertado para estas mulheres.

Metodologia

Este artigo decorre de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa. Como tal, visou trabalhar com as realidades das relações, explorando os significados, valores, ações, motivações, representações envolvidas e buscando a construção de conhecimento sobre as vivências das mulheres em processo de parturição e pós-parto (Minayo, 2015). Para tanto foram realizadas entrevistas semiestruturadas que continham perguntas norteadoras sobre a experiência vivida pelas mulheres desde a admissão no hospital para o processo de parturição, como estava sendo o atendimento ofertado pelos profissionais, no contexto da amamentação, quais eram seus conhecimentos neste tema e como este aspecto estava sendo introduzido e vivenciado durante a hospitalização e por fim, dava-se abertura para pontuações e sugestões das mulheres em relação ao contexto do processo de parturição no hospital.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital escola público na região noroeste do Paraná. A porta de entrada para gestantes costuma ser o Pronto-Atendimento (PA) para demandas espontâneas e encaminhadas de outros serviços, onde há o Acolhimento com Classificação de Risco e direcionamento ao atendimento com médico especialista e através do ambulatório de alto risco situado nas dependências do hospital, de forma que a gestante que comparece à consulta de rotina e apresenta critérios para hospitalização é direcionada para internação. Todos os casos que requerem internação estão suscetíveis a existência de disponibilidade de vaga no setor de Ginecologia e Obstetrícia e Centro Cirúrgico. Algumas mulheres permanecem internadas em quarto reservado para Ginecologia e Obstetrícia no setor de Pronto-Atendimento, devido indisponibilidade de vagas no setor específico para internação.

Participantes

Participaram da pesquisa oito mulheres puérperas hospitalizadas, sendo sete puérperas internadas na enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia e uma puérpera cujo recém-nascido encontrava-se na enfermaria Pediátrica, uma vez que eventualmente as

mulheres puérperas encontram-se em pediatria devido ao filho ter necessitado de UTI Neonatal por determinado período e a mulher já ter recebido alta como paciente em Ginecologia e Obstetrícia, sendo assim, a permanência da mãe na Pediatria se dá como acompanhante e não mais paciente do hospital. Sendo que o período da coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2019.

Delineou-se como critérios de inclusão mulheres maiores de 18 anos, cujo bebê tivesse nascido vivo há pelos menos 12 horas. Os critérios de exclusão foram: mulheres cujo quadro clínico limitasse sua participação voluntária, esclarecida e expressão verbal na pesquisa, ou que apresentassem recusa para participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Seguindo estas condições e considerando as mulheres que consentiram em participar da pesquisa, obtivemos uma amostra de 8 mães. As entrevistadas tinham entre 20 e 42 anos, sendo duas participantes primíparas e seis participantes múltiparas, com variação nos tipos de parto realizados (Tabela 1).

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurada a confidencialidade de suas identidades assim como a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem danos. Após assinatura do termo, iniciamos as entrevistas semiestruturadas que foram gravadas com autorização das participantes, conforme já constava nos esclarecimentos do TCLE.

Importante ressaltar que todos os nomes próprios constantes nesta pesquisa são fictícios e escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora, de forma a salvar a identidade das participantes. Alguns dados mencionados pelas entrevistadas também foram suprimidos com o mesmo objetivo, permanecendo apenas as informações e falas necessárias ao objetivo deste estudo.

Esta pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética inserido no próprio hospital onde a pesquisa se efetivou, a COREMU, juntamente com o comitê da Universidade Estadual de Maringá, o COPEP, tendo parecer favorável (CAAE 16977119.4.0000.0104, parecer nº 3.552.899).

Tabela 1. Caracterização das participantes da pesquisa

Sujeito	Francisca	Maria	Nise	Zilda	Cora	Dandara	Ana	Cecília
Idade	20	36	28	42	26	32	34	27
Experiência De Parto	Primípara	Múltipara	Múltipara	Múltipara	Primípara	Múltipara	Múltipara	Múltipara
Tipo de Parto	Natural	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Natural	Natural	Cesárea	Natural

Coleta e análise de dados

Para coleta de dados utilizamos entrevistas semiestruturadas e para a análise utilizamos a Análise de Conteúdo de Bardin (2012). A entrevista semiestruturada é uma técnica que engloba perguntas abertas e fechadas, proporcionando um espaço flexível para que a comunicação aconteça e o entrevistado comunique-se sobre o tema, sendo este melhor explorado quando necessário (Minayo, 2015). Já a Análise de Conteúdo de Bardin (2012), é compreendida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2012, p. 48).

A forma como se olha para os dados coletados em uma entrevista, partindo desta análise sugerida por Bardin, implica na leitura do seu conteúdo atentando-se para aspectos de cunho sociológico, cultural, psicológico, entre outros a serem categorizados, explorados, de acordo com sua incidência nos diversos discursos ou mesmo sua ausência em uma ou outra fala (Bardin, 2012). O que irá embasar esta análise será justamente o objetivo do estudo e seu tema principal. As categorias extraídas da leitura prévia do conteúdo das entrevistas surgem do próprio discurso do entrevistado, dos temas abordados por ele e que possuem relação com o foco da pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas gravadas, sua leitura e revisão, foram elencadas quatro categorias de análise, são elas: a) As representações sobre ser mãe; b) Vivências do processo de parto; c) Institucionalização do corpo; d) Atendimento recebido e relação com os profissionais.

O embasamento teórico utilizado levou em consideração autores que trabalham com a discussão das representações sociais, maternidade, escritos em psicologia social, além de documentos norteadores do trabalho no Sistema Único de Saúde.

Resultados e discussão

As representações sobre ser mãe

O discurso apresentado pelas mulheres puérperas trouxeram as suas percepções sobre a função materna de forma que foi possível identificar representações sociais da maternidade e maternagem.

Notou-se que as representações sociais atravessam a experiência e repertório discursivo das mães e os relatos e conhecimentos trazidos eram “[...] produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social da realidade” (Jodelet, 2001, p. 5). Um dos aspectos relatados foi a priorização da vida e saúde do bebê em relação ao processo de parto e necessidade de cuidados hospitalares exemplificado no seguinte relato:

[...] porque só estava pensando no bebê [itálicos nossos], [...], porque quando ela falou que ia precisar interromper a gestação então eu fiquei assim em pânico sabe, eu falei assim, “ah, mas e se não der certo”, [...] “ah, mas e se acontecer alguma coisa e ele ficar com problema respiratório, e ele morrer”, e eu não pensava em outra coisa, só pensava nisso, então na verdade, eu nem pensei em mim [itálicos nossos] (Nise)

As mães entrevistadas também demonstraram a naturalização da função e figura materna como figura de características universais e que no cuidado do filho é única e insubstituível, tendo o pai uma função diferente. Devotamento e dedicação exclusiva também foram características vinculadas a função e figura materna:

Mãe é mãe né [itálicos nossos] [...] sei lá, que faz mãe faz de tudo pelos filhos, jamais quer ficar longe dos filhos [...] (Cecilia)

[...] que é da gente que é mãe [itálicos nossos] qualquer coisinha a gente já, eu não consigo dormir, eu não consegui dormir ainda direito sabe [...] porque assim, pode ser qualquer coisa, eu tenho que pegar (Cora)

[...] a gente só sabe quando a gente é, é muita doação, a gente tem que se doar total, nosso tempo, nosso amor [itálicos nossos], doar amor, doar carinho, e é uma coisa assim automática [itálicos nossos], você, quando você pega esse serzinho assim no colo você não tem noção como que você ama tanto né [...] (Nise)

A dimensão biológica da mulher em seu processo de gestar, parir e maternar são salientados como diferenciação do papel e sentimentos da mulher em relação ao filho:

Que a mãe ela sente né [itálicos nossos], nós vemos a mudança de corpo, hormônio [itálicos nossos], um monte de coisa que você sente, né, todo mês tem que ir no médico [itálicos nossos], toda semana uma coisa diferente, você sente mexer, é uma ligação totalmente diferente, mas o pai não, ele não mudou em nada [itálicos nossos]. (Cora)

Nesta fala também visualizamos as rotinas médicas e de saúde como particularidades da vivência feminina e materna desde a gestação como fator de aproximação da experiência da gestação e existência do filho, assim como de vinculação.

Percebeu-se a transformação do papel social da mulher frente a chegada do filho, em que sua rotina e funções serão reorganizados frente a nova tarefa da maternidade:

Acho que tudo mudou [itálicos nossos], porque agora eu tenho um outro ser além de mim, agora a gente tem que fazer de tudo para cuidar dela [itálicos nossos], desde a gestação a gente já faz isso, a gente já começa assim. (Cora)

De acordo com Soifer (1980), com o nascimento do filho há uma transformação na identidade social da mulher perceptível por ela mesma, evidenciada pela presença e demandas do bebê e do ambiente social que a rodeia. A questão do trabalho/vida profissional foi especialmente salientada pelas mulheres, demonstrando a busca da reorganização da sua vida profissional frente a chegada do filho e os aspectos que consideram importantes neste processo, reafirmando a primazia do bebê:

Quando eu descobri a gestação, eu já pedi demissão [itálicos nossos], porque quando eu voltei a trabalhar da minha primeira filha eu sofri demais por perder algumas fases sabe, fase dela andar, fase dela falar, então foi bem dolorido para mim [...] (Nise)

Porque se fosse para eu escolher entre um ou outro, eu ia escolher ficar com ela, se chegasse nesse ponto, você tem que escolher, eu vou escolher ficar com ela [itálicos nossos] [...] (Cora)

Através dos discursos percebeu-se que a reorganização da vida profissional está significativamente ligada a representação de maternidade que as mulheres possuem, corroborando com a ideia de que as representações sociais constituem uma atmosfera nas relações e vivências dos sujeitos, perpassando-as na forma como o sujeito vive e dá sentido às suas experiências (Moscovici, 2007).

Percebemos que o reingresso e reorganização profissional das mulheres pode configurar-se um processo laborioso e ambivalente frente ao que identificam ser uma boa mãe e seus projetos:

Ah, eu acho bom e acho ruim [itálicos nossos], (sobre não trabalhar fora para cuidar do filho) porque empata a vida da gente, porque a gente quer dar as coisas a mais para eles, e a gente talvez não tem condições de dar porque é só meu marido que trabalha e é aluguel, e é só ele pagando. E mãe não adianta, mãe quer dar as coisas para o filhos né, aí nessas partes assim só que eu acho ruim, porque eu não posso sair de casa para fazer nada (Cecilia)

De acordo com Badinter (1985), as ideias, funções e imagens em relação ao papel feminino e a maternidade, assim como as características de uma "mãe", foram construídos ao longo do processo histórico e social, conforme suas necessidades e valores. A mesma autora pontua que a partir do século XVIII passa-se a

desenhar o novo estereótipo de mãe modificando o papel e imagem da criança e da mulher na sociedade: a criança como centro do cuidado e atenção da mulher e a mulher-mãe que se doa e sacrifica pelo filho, sendo esta concepção difundida pelos discursos religiosos, médicos, filosóficos, assim como transmitidos transgeracionalmente. Tal construção vincula-se à necessidade política mercantil do Estado de mão de obra para o trabalho e para o exército.

A transmissão das representações sociais também perpassa o discurso das ciências, neste caso, os profissionais que atuam junto aos indivíduos detêm um saber validado cientificamente e socialmente, sendo importantes na função de esclarecer e desmistificar ideias e inseguranças sobre a maternidade, conforme a necessidade das mulheres, como visualizamos na fala seguinte:

[...] eu até fiz uma palestra com uma fono esses dias, e ela até falou que tem mãe que fica muito com a mão na barriga e conversa, e não sei o que, e, só que ela falou assim, que não é errado eu ficar assim, não pegar ou ficar conversando, não é errado, porque eu não era assim de ficar com a mão na barriga, ficar conversando, não era de mim. Mas tem gente que mostra né, que se sente e acha que tem mais ligação (Cora)

Neste relato percebemos que o esclarecimento e a validação sobre as diferentes formas de maternagem desde a gestação, trouxeram para a mãe a segurança e uma espécie de “permissão” para vivenciar a gestação conforme seu modo de ser que, neste caso, partindo da norma e ideal social do comportamento materno, poderia caracterizar uma “mãe distanciada” da gestação e do filho por não seguir rigorosamente o padrão de comportamento socialmente previsto para uma mãe.

O conteúdo da percepção da maternidade como tarefa também cansativa frente às exigentes demandas do filho foi identificado, caracterizando a ambivalência da experiência:

[...] é muito bom, é muito bom e é muito cansativo também, tem que ter muita responsabilidade [itálicos nossos], mas é muito bom, eu não me arrependo. (Nise)

A dimensão positiva, divina e plena do amor materno e da maternidade é comumente representado no repertório das mulheres. Porém, percebemos que, no exercício da maternidade, os sacrifícios, a doação, as decisões direcionadas pela experiência emocional,

social e cultural das mulheres podem proporcionar sentimentos outros além da realização e felicidade, como o cansaço, sensação de perda de liberdade, a negação de seus desejos e necessidades para suprir os de outrem.

Assim, esta representação de “mãe natural” cujo amor devoto é total, entra em atrito com a maternidade vivenciada dia a dia. O choque entre o ideal e o real pode ser gerador de sofrimento para mulheres (Azevedo & Arrais, 2006) sendo necessário atenção e suporte familiar e profissional para a reflexão das representações da maternidade e a forma de vivenciá-la, e seus efeitos na saúde física e emocional.

Vivências do trabalho de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato

Esta categoria engloba os conteúdos relacionados às vivências emocionais, biológicas e sociais da mulher frente ao processo de pré-parto e parto e no pós-parto.

A experiência da dor foi um aspecto significativamente relatado pelas participantes, assim como seu estado emocional frente a este contexto. Diversos relatos trazem as expectativas desde o período pré-natal, a chegada ao hospital até o nascimento do filho. Sentimentos de medo, ansiedade, preocupação e tensão foram trazidos pelas participantes:

[...] estava morrendo de medo [itálicos nossos] [...] se seria parto normal, se seria cesárea... eu estava morrendo de medo. (Francisca)

Eu fiquei preocupada né, ansiosa [itálicos nossos] [...] (Zilda)

Ah eu tive um pouco de medo [itálicos nossos] por causa que as minhas gestações anteriores elas eram de pressão alta né, aí eu tive um pouco de receio [...] (Dandara)

Os motivos e percepções para tais sentimentos variavam entre qual seria o tipo de parto, a vivência da dor, o medo de complicações clínicas, assim como expectativas construídas para o momento do parto em contraponto com a realidade vivenciada:

[...] ai, daí eu fiquei tensa [itálicos nossos] porque eu vi que não estava nada de acordo com o que eu estava pensando [itálicos nossos]. Mas infelizmente, não é nada do jeito que a gente quer né. Daí eu falei, ai seja o que Deus quiser. (Ana)

[...] tinha muito medo dos dois [itálicos nossos], tanto do normal quanto da cesárea. Do normal por causa da dor e da cesárea por causa da anestesia. E eu tinha muito medo dos dois. (Cora)

O medo de complicações frente ao quadro clínico comunicado pelo médico trouxe à paciente a vivência de medo extremo, caracterizado por ela como “pânico” a caminho do centro cirúrgico e durante sua cesárea:

[...] em pânico [itálicos nossos], porque eu achei que em qualquer momento ia acontecer alguma coisa, alguém ia gritar lá que sei lá, que deu alguma coisa errada, que estava dando hemorragia, eu só pensava em hemorragia. Aí eu fiquei bem nervosa [itálicos nossos]. (Nise)

O medo em diferentes níveis trazidos pelas participantes demonstra sua reação diante do momento pré-parto e parto, suas expectativas em contraponto com a realidade de forma a influenciar seu comportamento e momento de parturição de diversas formas, tal aspecto é explorado na pesquisa de Bezerra e Cardoso (2006) que aborda o medo no processo de parturição, considerando aspectos culturais, transmissão de conhecimentos e experiências na rede social e familiar da mulher sobre o parto, a dor e seus riscos, assim como também é influenciado por aspectos institucionais em que a mulher sente-se insegura em relação ao cuidado ofertado pela instituição frente a representações sociais do sistema de saúde, da instituição ou frente a experiências vivenciadas neste espaço.

Frente às vivências relatadas cabe o questionamento sobre os vínculos com a equipe, conhecimentos e suporte que as mulheres tiveram (ou não) em seu pré-natal no serviço de saúde e que corroboram com a vivência do medo e da insegurança durante o processo de parturição.

Diante do processo de parto e a vivência de significativas sensações corporais e emocionais, as participantes relataram a importância da presença do acompanhante como suporte emocional, referência de segurança e mediador para a comunicação com equipe:

[...] o trabalho de parto foi muito sofrido, apesar de que o meu marido me ajudou muito [itálicos nossos], muito, muito, eu até falo que se ele não estivesse eu não tinha conseguido não [itálicos nossos], porque ele me ajudou muito, mas mesmo assim muito difícil [itálicos nossos]. (Cora)

[...] minha irmã também entrou comigo né [itálicos nossos], lá na sala, e eu falei ainda bem né, porque meu marido ele trabalha, chega tarde, e eu falei assim, não vai dar tempo de ele vir mesmo, se ele vier ele vai chegar só depois, daí o bom é que eu tenho minha irmã perto de mim né, uma pessoa que eu amo [itálicos nossos] [...] (Ana)

Neste aspecto, o Ministério da Saúde (2001) prevê o direito da presença do acompanhante para a gestante em trabalho de parto e durante o parto, salientando tal prática como ação de cuidado e humanização ao parto, assegurando a mulher a presença e suporte emocional por parte de uma pessoa de sua escolha frente ao contexto intensamente emocional, simbólico, cultural vivenciado, e a vulnerabilidade da mulher neste momento, salienta-se aqui a importância da informação a mulher, a flexibilidade e diálogo junto aos profissionais que permitam pensar nas diversas possibilidades de acompanhantes que não apenas o pai do bebê.

A garantia do direito ao acompanhante para a mulher em trabalho de parto e durante o parto provê suporte de efeitos instantâneos à mulher, proporcionando segurança, empoderamento e reduzindo fatores de estresse (Souza, Mattos, Matão & Martins, 2016). Considera-se também a possibilidade de efeitos a médio e longo prazo para a construção de vínculo mãe, bebê e acompanhante, as relações familiares, elaboração do processo de parturição e vivências do puerpério.

A concepção de que o momento do nascimento do bebê é uma vivência semelhante a estar extasiada, e até mesmo “fora de si” surge no relato das mães, pontuando inclusive dificuldade de lembrar detalhes e falas deste momento:

[...] mas até a hora de tirarem ela de dentro de mim e colocar ela em mim, eu nem lembro assim na hora, porque a gente fica tão assim que parece que a gente não está ali na hora que eu nem lembro [...] parecia que eu não acreditava [itálicos nossos] que tinha acabado porque são praticamente quase 10 meses que a gente fica grávida, então parecia que eu não acreditava que tinha acabado aquilo, aqueles 10 meses, que tinha passado aquilo lá, que eu tinha passado tudo aquilo atrás, tipo e conseguido, aí é uma sensação assim, de que eu consegui [itálicos nossos], e eu estava nem acreditando. (Cora)

A sensação de satisfação se faz presente. Neste sentido refletimos que o momento do nascimento

configura-se como momento do “esvaziamento” da mulher em relação ao feto que carregava e expectativas que construía, mas também simbolicamente à mudança de papel de gestante para mãe “concreta”, o que conforme Soifer (1980) é a partir do nascimento que vivencia-se a “[...] delimitação entre o perdido – a gravidez – e o adquirido – o filho” (p. 63).

Neste momento a concretude se manifesta na imagem, presença e demandas do filho somadas às sensações corporais da mulher e necessidades de cuidado. Assim, percepções de estranhamento diante do “novo” e “desconhecido” filho recém-nascido e nas horas procedentes são vivências comuns deste momento e foram relatadas nas entrevistas:

É muito estranho e ao mesmo tempo é muito bom [itálicos nossos]. Daí agora ela está nos braços e é tudo tão diferente [...] (Cora)

[...] Porque ao mesmo tempo a ficha não tinha caído né e foi de uma vez “puff”, o neném nasceu [itálicos nossos], to aqui no hospital entendeu, mas agora estou aceitando mais, mais fácil, agora não tem opção, ou é uma coisa por vez ou você não consegue. (Zilda)

[...] dá uma virada na gente né (o nascimento do bebê), dá o peito e chora, já deu um baile pra dormir de noite, ela dorme de dia né?! Ah mas, é uma novidade, é uma coisa boa também, a gente estranha [itálicos nossos], não está acostumado né?! (Francisca)

Soifer (1980) pontua que frente as diversas ansiedades e expectativas vivenciadas desde a gestação pela mãe e a concretude do nascimento do filho, sentimentos de perplexidade, confusão e humor deprimido são comuns, o que também corrobora com Maldonado (1982) que pontua a gestação, parto e puerpério como uma vivência de um contexto intensamente emocional frente as inúmeras representações psicológicas, sociais, familiares que a gestação e nascimento de um bebê trazem, de forma que a autora caracteriza este contexto como momento de “crise”, em que vivenciam-se experiências que colocam em pauta os valores, os projetos, os papéis e conhecimento dos personagens deste contexto sobre as suas vidas e sobre si mesmos.

Também o processo de reconhecimento do bebê e de suas necessidades começa a acontecer, o que pode gerar sensações ambivalentes de entusiasmo, estranhamento, agonia, inseguranças:

Eles choram, a gente fica nervosa [itálicos nossos], aí não sei o que eles tem, dá o peito ele não quer, troca a fralda, está trocadinho, aí dá um agonia, não sei [itálicos nossos], parece que está com dor [...] (Francisca)

No caso das participantes primíparas, observou-se o conteúdo sobre o processo de aprendizagem dos cuidados, o conhecimento gradativo sobre o bebê e de que forma atender suas demandas:

[...] a gente aprende, aprende dar banho, dar mama [itálicos nossos], claro que não vai ser a mesma coisa pra fazer serviço [...] mas aprende, aprende tudo né (Francisca)

Em relação às mulheres múltíparas, o conteúdo dos relatos salienta que, embora a experiência contribua para este processo, cada bebê tem suas especificidades e é significado em contexto singular e como experiência única:

[...] hoje em dia tem um pouquinho mais de confiança [itálicos nossos] né porque eu já sei mais ou menos o procedimento, já não é marinho de primeira viagem, só que mesmo assim ainda se torna [itálicos nossos], porque igual eu falei, igual da minha filha, esse processo de parto foi muito diferente [itálicos nossos]. (Maria)

O processo de conhecimento do filho em sua concretude e a experiência da transformação de sua própria identidade social pode ser gerador de angústias e frustrações, compreendendo que a concretude do bebê em sua aparência e comportamento difere daquelas esperadas pela mãe, o que exigirá um processo de aprendizagem e reconhecimento do bebê pela mulher e desta consigo mesma no papel de mãe, de forma que o gradativo processo de reconhecimento do bebê relaciona-se também com a gradativa estabilização e reapropriação de seus sentimentos pela mulher-mãe (Soifer, 1980).

Quanto à amamentação, todas as participantes estavam realizando o aleitamento materno na hospitalização. Neste tema, algumas pontuam dores, outras negam desconfortos, embora haja nos relatos a representação da amamentação enquanto processo que envolve sofrimento e dor para a mulher, remetendo a experiências e conhecimentos transmitidos por outras mulheres que já passaram ou passam por este processo, a amamentação enquanto aprendizagem entre mãe e bebê também foi referenciada:

[...] leite eu tenho bastante, graças a Deus eu tenho, e ele está mamando bem, eu estou vendo que está sustentando e tudo [itálicos nossos], essas partes assim que eu vejo tanto sofrimento de tantas mães assim, e eu já não estou tendo esse sofrimento assim né [itálicos nossos], de dar o peito, tudo, de ver ele pegar. (Cecilia)

Eu achava que eu não ia gostar muito de amamentar, que eu não ia gostar, que eu achei que ia ter vergonha [itálicos nossos] [...] e não está sendo assim, está sendo ao contrário, porque muita gente fala que dói, que sofre, eu por enquanto ainda não senti dor nem nada [itálicos nossos] [...] (Cora)

[...] antes ele estava se alimentado pela sonda, então eu não via a hora de amamentar [itálicos nossos] né, [...] Daí liberaram para eu dar mama quinta passada. Ah, eu tô feliz, porque era o que eu queria, e ele já está mamando, mas como ele não está 100% né, ele está aprendendo ainda [itálicos nossos] então ele tem que ficar com a sondinha. (Nise)

Assim, o processo da amamentação pode ser entendido como experiência que perpassa o atendimento de necessidades básicas do bebê (a maternidade) e pode também configurar-se uma forma de maternagem, conforme o desejo e significação afetiva ao ato de amamentar atribuído pela mãe (Winnicott, 2000; Gradivohl, Osis & Makuch, 2014).

A transmissão de conhecimentos acerca da amamentação ocorre através da historicidade, da socialização e cultura, nas quais mulheres vão construindo o sentido, a forma de vivenciar, as representações, as possibilidades ou limitações do amamentar (Giordani et al, 2018; Pastorelli et al 2019), frente a isto, o processo de ensino-aprendizagem do aleitamento materno envolve uma complexidade sócio-histórica-cultural, na qual o profissional de saúde tem importante papel mediando conhecimentos da mulher e seus próprios conhecimentos para viabilizar uma prática do aleitamento não-violento ou disciplinadora mesmo imerso no contexto hospitalar.

Observamos a disponibilidade das participantes para o processo e ensino-aprendizagem da amamentação, neste sentido, vale ressaltar o aleitamento materno como um direito da mulher e que deve-se respeitar seu desejo e disponibilidade física e emocional para tal (Ministério da Saúde, 2001), porém compreendendo o contexto disciplinar hospitalar, torna-se pertinente a percepção da captura institucional e disciplinar do aleitamento materno tornando-se uma

medida disciplinar “naturalizada” na instituição pelos profissionais sobre as mães e pelas próprias mães, como um processo (ou tentativa deste processo) obrigatoriamente necessário para a alta hospitalar, “qualificando” a mãe para o exercício de sua função extra hospitalar.

Tal cenário da institucionalização disciplinar da maternidade e amamentação nos alerta a ausência do lugar de escuta dos profissionais em relação aos desejos e não-desejos das mulheres.

A institucionalização do corpo

Esta categoria caracteriza-se pelo conteúdo trazido em relatos que demonstraram o processo de institucionalização do corpo das mulheres entrevistadas. Tal processo é caracterizado através de condutas, contato físico e verbal, rotinas e orientações que exercem influência, poder, dominação e/ou disciplina sobre o sujeito, trata-se de um corpo que está em “pertencimento” da instituição.

Neste sentido, retoma-se a discussão de Foucault acerca do hospital em sua disciplinaridade característica, suas rotinas rígidas, a inspeção e vigilância constante dos sujeitos, a organização dos leitos, todo conjunto de condições que promovem a disciplina de toda a atividade e vida existente na instituição, disciplinando o cuidado e os sujeitos, seja para tratar, curar, prevenir, para regular e normatizar, dando-se assim a institucionalização do corpo/sujeito (Foucault, 1982)

Outra face deste processo remete-nos ao evento da institucionalização do parto que migrou do ambiente familiar, envolto do saber cultural e comunitário pelo qual a parturiente e parteira delineavam a vivência do parto, para o ambiente hospitalar, no qual a mulher transforma-se em propriedade institucionalizada, objeto do processo do parto e o nascimento é delineado pelo saber biomédico (Nagahama & Santiago, 2005).

Considerando tal contexto e relacionando-o às falas das entrevistadas, a manipulação física do corpo pelos profissionais é um dos principais aspectos relatados pelas mulheres:

Ah, a gente fica exposta assim, fica toda hora fazendo exame de toque, várias pessoas, [...] quatro médicos fizeram [itálicos nossos], os dois primeiros e depois teve mais outros dois. (Cora)

Eles vem aqui, apertam, fazem tipo uma massagem, põe o peito na boca do neném [itálicos nossos], eles ensinam como que pega certinho que tem que dar uma apertadinha, veem se está fazendo certo [itálicos nossos]. (Francisca)

[...] eles vieram, até assim, meio exagerado, porque assim eles vinham apertar o bico do peito toda hora, daí ta dolorido então dói [itálicos nossos], apertando pra ver se está saindo, e isso hoje manhã acho que umas quatro fez isso no bico do peito, eu falo, ah, já fizeram isso, elas dizem, não mas eu tenho que fazer também, [...]por isso que eu falei que é um pouco demais [...]ah eu acho meio constrangedor [...]toda hora tira para fora, aperta, e dói, e mexe na barriga e mexe ali, e sabe, quando vai dando até um estresse [itálicos nossos] assim, que fala “moça, você já não fez um desse de manhã, já não anotou?”, (Maria)

[...]depois de duas horas ficar medindo a pressão, aí você vai se habituando, e senta, levanta, senta, levanta, depois ainda batendo o joelho, o reflexo que era uma outra medicação, o magnésio, é dolorido por causa do corte sabe. Mas é para o bem né, tem um acompanhamento, mas não deixa de ser cansativo [itálicos nossos]. (Zilda)

Nos relatos percebemos que a institucionalização do corpo, caracterizada por sua manipulação, ora é percebido como incômodo e constrangimento, ora compreendido como cuidado e representação do saber técnico dos profissionais.

Os relatos da exposição do corpo constantemente e sem restrições, o excesso no número de profissionais realizando o toque, a manipulação constante e insistente do peito já dolorido, ocasionando maior dor e estresse, exemplificam formas de violência narradas pelas participantes. Violências possivelmente naturalizadas pelas mesmas e pela instituição e que ao serem narradas na pesquisa demonstram a necessidade de tornar as vozes destas mulheres audíveis no contexto institucional através do lugar de fala, em um contexto que percebemos a “surdez” institucional e dos profissionais para a vivência e percepção das mulheres, remetendo-nos também a reflexão de Gorjon, et al. (2019) do atravessamento da posição que o sujeito ocupa na relação do poder-saber (posição subalterna/paciente) e de gênero (mulheres) como fator motor desta surdez.

As rotinas de cuidado e orientações profissionais quanto ao bebê também foram abordados, demonstrando

que a institucionalização sobre o corpo e conduta das mulheres estende-se para sua forma de maternagem e maternidade e para o corpo do bebê:

[...] porque ninguém gosta de hospital eu quero minha casa, quero fazer as coisas do meu jeito. Aqui cada um manda [itálicos nossos], [...] chegam lá e falam: “ai desliga o ar condicionado, vai fazer mal para o bebê”, daí vem outro “ai, liga o ar condicionado, porque está o ar parado aqui”, “ai, desenrola esse bebe, se não vai ficar com febre”, “ai enrola esse bebe, porque ele é prematuro”, sabe cada um, é muita gente mandando no meu filho, então assim, é bem difícil [itálicos nossos], mas eu entendo que é o serviço delas e tudo mais, é que elas querem fazer o melhor, mas as vezes a gente está tão estressada com tudo que vai cansando, vai ficando nervosa. (Nise)

Os efeitos da institucionalização vivenciada pelas mulheres, seja por meio das rotinas e características estruturais do próprio hospital, seja pela manipulação e condutas dos profissionais, influenciam sua totalidade psicofísica podendo trazer dificuldades de sono, ansiedade, preocupações, estresse e influenciar na descida do leite como pontuado pela entrevistada:

[...] por mais que eu esteja sendo bem atendida, mas não é nossa casa né, você não dorme bem, você fica com o sono abalado, reflexos abalados, o leite agora que está querendo descer [itálicos nossos], porque teve o colostro. [...] pensa você não dormindo bem também abala o emocional também né. Você fica mais ansiosa, mais preocupada [itálicos nossos]. (Zilda)

Percebemos que a atmosfera disciplinar e a institucionalização do corpo feminino para o parto trazem efeitos além da regulação do comportamento no ambiente hospitalar e prevenção de doenças ou agravos, mas também se configura como fator estressor e de constrangimento para algumas, embora para outras, tal atmosfera, por vezes, é assimilada e naturalizada como a única forma de vivenciar o período de hospitalização.

Refletimos também sobre a limitação e regulação da singularidade e do protagonismo das mulheres devido a institucionalização e disciplinarização, nem sempre identificadas pelas próprias mulheres, porém percebidas a partir das vivências e relatos destas. Assim, salienta-se que o hospital é onde o poder disciplinar se efetiva através da manipulação dos corpos e comportamentos, objetivando sua regulação segundo padrões sociais dominantes, no caso das

mulheres, regular o nascimento, a forma de mater-nar segundo o saber biomédico e o conhecimento so-cialmente aceito, a manutenção da saúde da mulher e do bebê que são força de trabalho na sociedade (Foucault, 1982).

Observamos a figura do profissional de saúde como aquele que detém o saber validado socialmente, cujas mulheres em momento de parturição e pós parto compreendem como figura de poder/saber, confiando seus corpos e reconhecendo suas ações e discursos como legítimos, e assim, inquestionáveis (Foucault, 1982), sendo necessário o desenvolvimen-to da crítica e informação das mulheres sobre seus direitos, seu corpo, o processo de parto, pós parto e as diversas formas de maternagem.

Também como efeito da institucionalização no hos-pital, cita-se a despersonalização das pacientes. A or-ganização hospitalar causa no sujeito a sensação de perda de sua identidade e singularidade. Conforme pontuam Nagahama e Santiago (2005) há um “des-pir-se” simbólico da individualidade, autonomia e sexualidade frente à internação hospitalar, onde há a separação da família, rituais de assepsia e limpeza com enema, remoção de roupas particulares e obje-tos pessoais (assim como roupas do bebê também são da instituição) e regulação da alimentação. Tais aspectos foram relatados pelas mulheres ao falarem sobre seu desejo de retorno para casa para pode-rem fazer as coisas do seu jeito, poder vestir o bebê com as roupas preparadas para ele e para estarem próximas de sua família, demandando exercer sua singularidade.

Atendimento ofertado as mulheres e relação profissional-paciente

Através desta categoria, reunimos os relatos e con-teúdos trazidos pelas mulheres em relação ao atendi-mento que receberam durante a hospitalização para o evento do parto, trazendo aspectos estruturais, re-lacionais e técnicos vinculados ao atendimento.

Referente à etapa da chegada ao hospital e pré-par-to, os relatos trouxeram importante dissonância em relação ao atendimento ofertado, de acordo com o setor que deram entrada e onde permaneceram pre-parando-se para o parto. As mulheres que deram en-trada pelo Acolhimento com classificação de risco e

permaneceram no Pronto-Atendimento pontuam um acolhimento e atendimento moroso, informações de-sencontradas e escassez de profissionais disponíveis:

[...] só que lá em baixo (Pronto-Atendimento) eu acho que a gente já chega com dor a gente quer atendimento na hora né [...] eu não estava mais aguentando nem parar em pé, meu marido me segurando [itálicos nossos]. [...] viu que eu não estava aguentando nem falar que eu estava com muita dor, e mesmo assim deixaram eu lá embaixo né, isso aí eu acho constrangedor, a mesma coisa que a gente fosse um nada [itálicos nossos]. (Cecília)

[...] fui atrás da enfermeira [itálicos nossos] porque eu precisava falar com o médico, [...] ela pediu pra eu falar com o médico, cheguei lá o médico não estava nem na sala, aí a outra falou assim “ih, o médico não fica aqui [itálicos nossos], o médico só espera quando chega paciente pra consultar, então ele fica pra lá”, tem que elas avisar lá, elas não sabiam o que estavam fazendo, muito diferente daqui depois do bebe nascer que dá uma atenção muito diferente, e é o mesmo hospital né?! Parece que eu estou falando de duas coisas totalmente diferentes [itálicos nossos]. (Maria)

No contexto do pronto-atendimento, foram aborda-dos nos relatos a percepção de falta de atenção dos profissionais, a longa espera por medicações para dor e contexto de tensão frente a tomadas de decisões médicas sobre o tipo de parto e a espera por vaga em centro cirúrgico como apontado pela entrevistada:

Daí eu falei “mas porque você vai fazer o toque ainda sendo que você falou que até 11 horas, o médico tinha falado que até as onze já eram 14h, então não precisava fazer o toque de novo se tinha que fazer cesárea” deu a entender assim, que elas fizeram o toque de novo e se eu estivesse dilatando eles iam esperar mais, eu entrei assim rezando para Deus ajudar que não tivesse dilatando, porque se tivesse eles iam esperar e eu ia morrer, porque eles não estavam preocupados com o que eu estava sentindo, eles estavam preocupados com o bebê nascer de uma forma mais fácil. [...] Resumindo, tive as duas dores: a dor do parto normal e ainda a dor da cesárea [itálicos nossos]. (Maria)

Em contrapartida, mulheres que foram prontamente encaminhadas para a sala de pré-parto e enfermaria do setor de Ginecologia e Obstetrícia (G.O.), demons-tram a diferença na organização do atendimento conforme o setor:

[...] eu cheguei aqui e a médica me atendeu super bem [itálicos nossos], porque fez, me acompanhou, só tinha eu até então em trabalho de parto [itálicos nossos], me levou para o quarto, no quarto só tinha eu, e daí tinha dois médicos me acompanhando, eles vinham lá sempre perguntar se eu estava bem se eu não estava [itálicos nossos] [...] (Cora)

Eu fui atendida rápido, não fiquei esperando, tive prioridade [itálicos nossos], ah, teve vaga para meu bebe na UTI não precisou mandar o bebê para outro lugar né, mas aqui foi tudo bem rápido [itálicos nossos] então disso eu não tenho do que reclamar não. (Nise)

Frente a tais relatos sobre o atendimento nos diferentes setores, consideramos tanto a diferença de fluxo de atendimento conforme o dia, mas também a organização do trabalho e da equipe assim como da estrutura física para atendimento da mulher no momento da chegada ao hospital e pré parto, uma vez que a natureza de cada setor remete às demandas que atende, percebemos que o setor de Ginecologia e Obstetrícia está melhor preparado para a especificidade do processo de parto, diferentemente do Pronto-Atendimento que atende todas as demandas de urgência e emergência que dão entrada no hospital.

Esta dissonância no atendimento entre setores de um mesmo hospital, atenta-nos também à indissociabilidade entre a gestão e organização do trabalho e o atendimento e acolhimento oferecido em termos técnicos e relacionais, ou seja, são necessárias condições estruturais, recursos humanos e gestão do trabalho para que as equipes possam oferecer atendimento resolutivo e humanizado, como preconiza a política nacional de humanização (Ministério da Saúde, 2004).

A comunicação profissional-paciente durante o processo de parturição, seja no pré-parto, parto ou pós parto é um importante conteúdo relatado pelas mulheres. Foram relatadas limitações do processo de comunicação durante as rotinas de atendimento na enfermaria no pós parto. Percebemos a existência de episódios de comunicação entre profissionais na presença da mãe, porém sem direcionar esta comunicação a elas:

[...] tem alguns que vão ali, examinam o bebe e não falam nada, comenta assim do lado com a outra [itálicos nossos], as vezes vão duas enfermeiras comentam uma com a outra [itálicos nossos], daí você fica meio assim, será que isso é normal será que isso não é normal, daí eles simplesmente saem e deixam você ali com minhoca na cabeça [itálicos nossos]. (Nise)

(Durante consulta ao bebê em enfermaria, médico e internos presentes) [...] Ela falou assim, esse bebe foi um bebê que ficou 16 horas em trabalho de parto com a bolsa estourada então se ele fica 18 horas a gente teria que fazer esse exame nele porque ele já corria um risco. Então eu fiquei analisando, então ele já correu risco né, porque ficou com a bolsa estourada todo esse tempo, então quer dizer que eles fizeram já sabendo conscientes do que estavam fazendo né, daí eu peguei mais medo ainda né, porque outras pessoas já tinham me falado que quando vem pra você ganhar, ganhou já o tratamento é muito bom, e agora antes [itálicos nossos]. (Maria)

No último relato percebemos que a paciente escuta uma discussão do caso de seu filho à beira de seu leito, porém não é sujeito ativo ou participante da comunicação, apenas ouvinte passiva que diante das informações escutadas tira suas conclusões, como efeito deste contexto, há o reforço da insegurança e medo em relação ao atendimento fornecido.

A não participação ativa da mulher nos processos comunicacionais realizados em sua presença, caracteriza-se um efeito da institucionalização do parto: a mulher transformada em objeto de estudo, caracterizando uma prática desumanizadora (Nagahama & Santiago, 2005)

O contexto de pouca privacidade durante as comunicações também foi citado, suscitando o sentimento de exposição para a paciente devido a comunicação ser realizada no alojamento junto de outras pessoas desconhecidas:

[...] porque assim, aqui a gente não fica sozinha no quarto né, [...] tinha outras pessoas lá, daí ele estava falando e as pessoas veio ali sabe, ficaram tudo escutando e eu comecei a chorar e daí depois a hora que eu saí ficou todo mundo perguntando ah, sei lá, ele podia ter me chamado em um canto, ter falado comigo ou ido lá fora comigo [itálicos nossos], sei lá, alguma coisa assim. (Nise)

Analisando também a estrutura institucional, percebemos que muitas vezes a comunicação precisa ser realizada junto ao leito, prejudicando a privacidade devido à ausência de outros espaços disponíveis para realizá-la, sendo necessário o manejo da ambiência para minimizar o constrangimento da paciente, buscando medidas de cuidado como falar em tom mais baixo e mais próximo a paciente.

A forma como se dá a comunicação verbal dos profissionais com a paciente foi relatada pelas entrevistadas, pontuando forma de falar, escolha das palavras, conteúdo da comunicação como pouco assertiva e geradora de inseguranças em alguns episódios:

Aí no final das contas infelizmente eu não tive como ganhar normal [itálicos nossos], daí o médico perguntou para mim, porque ele falou assim, eu entendi que mesmo eu fazendo força o bebe não estava descendo sabe? E ele falou assim: “ó, você está com 8 centímetros, a gente pode continuar tentando porque você tem capacidade de ter normal, mas daí vai depender de você, porque assim, você não está contraindo para o bebe descer” Aí eu fiquei meio assim em dúvida e ele falou assim, “olha, se você achar melhor, já que você não está contraindo tanto para o bebe descer, você prefere fazer uma cesárea?”, então tipo assim, eu já fiquei meio tensa sabe, preocupada [itálicos nossos], eu falei assim, eu posso estar fazendo força, mas eu acho que não estou fazendo aquela força suficiente ou é porque eu estava com medo com receio [itálicos nossos] [...] (Ana)

Observa-se a vivência de um contexto complexo para a paciente, permeado por medos e dor, que durante o trabalho de parto necessita realizar uma “escolha” dadas as opções pelo profissional. Em relação a como a paciente se sentiu neste momento do parto frente a comunicação feita pelo médico e a opção de cesariana, a mesma mãe refere sentimento de culpa e incapacidade:

Eu achei que tipo assim, eu não estava dando tudo de mim, que eu deveria tipo estar fazendo mais força e mesmo com um pouco de receio, um pouco de medo, um pouco de ansiedade, tudo junto eu não estava fazendo o que era para ter feito, que eu não dei tudo de mim [itálicos nossos]. (Ana)

Além da comunicação verbal e a forma de comunicar notícias e quadros clínicos críticos, a comunicação não verbal dos profissionais também é percebida pelas mulheres:

[...] e daí ela me olhou assim de um jeito meio triste sabe [itálicos nossos], daí eu fiquei meio assim né, aí a hora que ela tava saindo eu falei assim “ai doutora, eu não estou entendendo, porque você me olhou assim? Porque eu achei que eu estivesse melhorando, porque não estou mais sentindo dor” aí esse médico veio e falou para mim que eu corria risco de vida, que o meu rim já não estava funcionando e meu fígado também não [...] eu fiquei bem em choque né, não sei, eu acho que, não sei se é da minha cabeça, mas acho que ele não deveria ter falado, não sei, ou deveria ter falado de outro jeito porque eu fiquei bem mal mesmo, eu fui para o centro cirúrgico em pânico, eu falei pra minha mãe que eu ia morrer, falei para ela que eu queria que ela cuidasse do bebe [...] aí eu pedi para o anestesista me por para dormir porque eu estava muito nervosa [itálicos nossos], eu não estava aguentando ouvir eles falarem sabe, eu estava assim sentindo que a qualquer momento eles iam falar alguma coisa que não ia ter jeito entendeu? (Nise)

Diante desta fala e relato da entrevistada percebemos a vivência de uma sobrecarga de informações comunicadas de forma pouco assertiva gerando sentimentos de incapacidade, medo e pânico, caracterizando uma comunicação violenta. A mesma paciente pontua a diferença na comunicação posteriormente, com outra profissional médica, indicando postura empática:

[...] no outro dia eu fui fazer ultrassom [...] daí ela (médica) falou que não ia ter outro jeito mesmo mas assim ela foi bem mais ah, ela usou umas palavras assim menos, é, não tão fortes igual o médico, ela teve mais empatia por mim [itálicos nossos]. Então assim ela falou assim, “Nise, seus exames deram todos alterados, você vai ter que ficar aqui, a gente vai ter que interromper a gestação, porque você e o bebe estão correndo risco”, ela falou assim “eu me preocupo com você, a gente tem que pensar em você também não só no bebe” [itálicos nossos] (Nise)

A cartilha Parto, Aborto e Puerpério (Ministério da Saúde, 2001) corrobora com a ideia de que a mulher, no momento complexo e crítico que é o parto, não deve ser exposta a um excesso de informações ou ser obrigada a tomada de decisões em um contexto em que ela necessitaria de tempo, tranquilidade e esclarecimentos para fazer. O que escancara a necessidade de um pré-natal detalhado, acolhedor e que abranja informar e preparar a mulher para as possibilidades do momento do pré-parto, parto e pós-parto para que esta esteja ao máximo emocionalmente preparada e cognitivamente esclarecida.

Para Deslandes (2004) a questão chave para a humanização é a ampliação do processo comunicacional, com o objetivo de produzir maior equidade. A mudança do processo de comunicação rumo a práticas humanizadas requer a compreensão da ordem estabelecida na instituição hospitalar calcada hegemonicamente na ordem médico-profissional, analisá-la, visualizar seus limites, potencialidades e possíveis mudanças.

Percebe-se que as mulheres demonstram atenção ao contato verbal e não-verbal buscando suporte e referência nos profissionais, atribuindo-lhes expectativa e papel de cuidado tanto no aspecto técnico como emocional. Considerando tais reflexões podemos pensar na representação social (Moscovici, 2007) que as pacientes têm sobre a figura do profissional e especialmente a figura do médico, representado socialmente como figura de poder e saber, aquele que detém a ciência e, assim, agente nas relações cotidianas, cujo exercício da decisão e poder sobre o corpo do paciente nos remete às relações de poder na instituição hospitalar (Foucault, 1982). Frente a isto, a relação entre as mulheres pacientes e os profissionais são perpassadas pelas representações sociais que potencializam expectativas sobre os profissionais frente ao contexto complexo do processo de gestação, parto e pós parto que promovem vulnerabilidade e engendram demandas por figuras de referência e suporte.

O atendimento durante o período do pós-parto em enfermaria de G.O. foi relatado positivamente pelas entrevistadas:

[...] Ai eu cheguei, hoje de manhã eu não sabia que vinha, passava vários médicos de manhã, na parte da manhã passaram médicos vendo minha filha, eu gostei muito [itálicos nossos]. (Cora)

[...] bem atenciosos as enfermeiras ficam passando [itálicos nossos] vendo se a gente está precisando de alguma coisa ou não, perguntam como está o neném [itálicos nossos], se está tudo certo. Graças a Deus eu aqui de cima não tenho que reclamar nada não, elas são bastante atenciosas, dão bastante atenção para a gente. Perguntam se a gente está com dor, se está sentindo alguma coisa, algum mal estar, alguma coisa, se precisa de ajuda [itálicos nossos], aqui em cima (Enfermaria G.O.) é bem bom o tratamento. (Cecilia)

A presença da equipe multiprofissional no atendimento foi referenciada pelas mães, trazendo a presença significativa e de referência de enfermeiras, psicólogas, fonoaudiólogas no processo de atendimento e cuidado às mulheres e aos seus filhos:

Eu estava tendo muito leite, muito, empedrando e ela não estava dando conta, só que o pessoal do banco de leite também me prestou assistência e me ajudou bastante [...] foi a melhor (assistência) possível, cuidado, quando não dava para eu ir lá eles vinham aqui tirar o leite daqui, foi benção [...] eles ensinavam, falavam tudo, tudo, [itálicos nossos] [...] (Dandara)

Quem está me ajudando é a fonoaudióloga, a primeira foi a X, nossa ela é um amor de pessoa [itálicos nossos], e essa agora que está me atendendo é a Y, ela é muito boa no que ela faz, e também o jeito que ela atende a gente. [...] então quando ela foi me explicando eu achei legal, achei interessante, porque eu não sabia né. Então eu gostei, eu gostei de participar [itálicos nossos]. (Nise)

Então tipo assim no momento que eu me senti um pouquinho ouvida [itálicos nossos] como você falou, foi o horário que a psicóloga falou comigo e veio falar com a doutora e a doutora falou comigo. [...] depois que a psicóloga falou comigo, veio lá, falou com ela, até a dor ameniza um pouco porque você começa entender que eles estão vendo o seu caso, já é melhor [itálicos nossos]. (Maria)

A presença da equipe multidisciplinar no atendimento hospitalar, como foi abordado pelas participantes, é um importante meio de efetivação da integralidade do cuidado às mesmas. Compreendendo a integralidade amplamente como o enfrentamento de práticas fragmentadas, especialistas e reducionistas, há a tentativa de superação de modelos centrados na doença ou biomédicos para um modelo biopsicossocial, ao compartilhar saberes, articular diferentes níveis de atendimento e tecnologias, entre outros (Mattos, 2001).

As entrevistadas descreveram ações que consideraram como referência de bom atendimento vivenciado no processo de hospitalização:

Que eles vem, dão atenção pra gente, dão atenção para o bebê, ensinam a gente [itálicos nossos] no banho, trocar fralda, dar o peito... (Francisca)

[...] tem atenção, dedicação, tem uns que são bem dedicados, tem a atenção de falar com a mãe, de falar com o pai [itálicos nossos] [...] Porque é seu filho né, você se preocupa, é pedaço de você né [itálicos nossos], então, eu penso assim. (Nise)

[...] desde um gesto, desde uma palavra [itálicos nossos], igual quando eu entrei para dar entrada aqui, elas me falaram assim “vamos mãezinha, vamos, você é forte, você consegue”, dando apoio [...] Uma fase tão sensível na vida da gente que a gente passa, uma coisa tão importante que a gente carrega [itálicos nossos] [...] (Cecília)

Outros aspectos relacionados ao bom atendimento foram paciência e os profissionais saberem lidar com as reações emocionais e verbais das mulheres durante o parto e também frente às solicitações e dúvidas frequentes no pós-parto. A disponibilidade e presença física de profissionais de diversas áreas para atendê-las sempre que necessitam, a preocupação e demonstração verbal de cuidado por parte dos profissionais ao perguntar se a paciente precisa de algo, se está confortável, atitude acolhedora na comunicação verbal e não-verbal do profissional durante o contato com as pacientes, são fatores que contribuem para a visão das mulheres de um bom atendimento.

Uma importante dimensão relatada por duas entrevistadas (Zilda/Dandara) foi o vínculo construído com os profissionais devido ao acompanhamento realizado no pré-natal através do ambulatório obstétrico de alto risco como vemos no diálogo:

*- [...] eu conheço algumas médicas que me atenderam durante a noite ou até durante o dia passando por mim por causa do pré natal que eu estava sabendo, então eu já conhecia a médica X, um dos meninos que vem acompanhar a pesagem do meu bebê, que já me acompanhou no pré-natal, já mediu minha barriga.
-você acha que faz diferença você conhecer essas pessoas antes?
-sim, eu acho muito bom [...] eu acabei tendo um vínculo maior [itálicos nossos] né. [...] Você se sente mais segura né, mais segurança [itálicos nossos], pena que pode melhorar muito mais coisas também né, depende de verba, governo, estruturas. (Zilda)*

Observamos que para estas duas mulheres, a familiarização com o ambiente do hospital e o vínculo prévio com os profissionais foi um fator gerador de segurança, confiança e conforto no momento de nascimento dos seus filhos.

A apropriação de conhecimentos teóricos e práticos para o cuidado com o bebê, especialmente em relação a amamentação, é um significativo aspecto no discurso das mulheres, de forma que ao participarem ativamente dos cuidados dos filhos e serem orientadas, demonstraram assimilar conhecimentos que colaboram para a compreensão da saúde do bebê e auxiliam na rotina de cuidados pós hospitalares:

[...] eles já explicam certinho, a posição do corpo como tem que ficar, quando for dar mama dar o peito inteiro [itálicos nossos] para depois não machucar, porque ela está sugando e se pega só no bico pode né, rachar, machucar. (Ana)

Até a fono me ensinou a fazer exercícios com ele com a língua e o céu da boca para ele aprender a chupar, porque na cabecinha dele ele está dentro da barriga né, então é tudo novo para ele ainda. [...]como ele não consegue sugar corretamente, daí faz o teste da glicemia, fura né o pé, então se a glicemia está muito baixa quer dizer que ele está com baixa alimentação e aí ele pode perder peso, e ele pode ficar em um processo mais delicado ainda né, questão assim de medicação e até de cuidados ainda né. (Zilda)

O processo de vinculação com profissionais gera confiança e segurança, também aprendizagem de novas informações pelas mulheres, a percepção de estarem sendo atendidas em suas necessidades físicas e emocionais, esses são aspectos relacionados ao exercício do acolhimento pelos profissionais. Sendo o acolhimento uma tecnologia leve, considerada a tecnologia do encontro, dirige-se à efetivação da humanização ao exercer sua dimensão ética, ao reconhecer o sujeito e seu modo de viver, estética, ao trazer para as relações cotidianas a dignificação da vida e do sujeito e política, porque efetiva o compromisso social reconhecendo o usuário como sujeito de potencialidades e promovendo autonomia e protagonismo dos mesmos na sua produção de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Conclusão

Observamos que as mulheres trazem consigo representações sociais sobre a maternidade adquiridas social e culturalmente e tais representações interferem em sua maternagem, uma vez que as mulheres podem se sentir engessadas por uma representação

de mãe infalível ao invés de descobrir formas próprias de cuidar de seu bebê. Em relação à amamentação, percebe-se uma sensação de incompetência quando a mãe não consegue amamentar seu filho ou encontra dificuldades em fazê-lo. Este é um dado importante, uma vez que faz parte das orientações médicas a exclusividade do aleitamento materno, no entanto, ao considerar a singularidade de uma mãe e seu bebê, ao considerar o que a mãe fala sobre si e seu filho recém-chegado, as orientações poderiam vir acompanhadas de uma reflexão sobre as possibilidades dessa mãe quanto a isso e quais seriam suas escolhas e condutas médicas a partir deste ponto. Assim, demonstra-se ser importante atuar junto às mulheres para que tais representações não sejam desencadeadores de sofrimentos ou padrões prejudiciais e violentos para elas quanto aos cuidados e recomendações oferecidos pela equipe.

As vivências intensamente emocionais evidenciam a importância da presença integral de acompanhante de escolha da mulher e dos profissionais tecnicamente treinados através da postura de acolhimento e prontidão como fator de conforto e suporte. Assim como percebeu-se a necessidade de pré-natal de qualidade que propicie vínculos com profissionais de referência para a mulher, e que estes estejam presentes no seu processo de parto.

A hospitalização gera a institucionalização do corpo feminino e do processo parto, tonando a mulher objeto do processo e disciplinando-os. Tais aspectos foram percebidos pelas entrevistadas de duas formas: como fator estressor e regulador do corpo e maternagem e como sinal de cuidados. Salienta-se a necessária cautela sobre a institucionalização do sujeito-mulher e práticas disciplinares no hospital devido a ambivalência entre cuidados técnicos, normatização e silenciamento de vozes e desejos, podendo desencadear sofrimentos, especialmente tratando-se da vulnerabilidade vivenciada neste período pelas mulheres.

Em termos de atendimento, há importante dissonância na avaliação do atendimento entre o setor de Ginecologia e Obstetrícia em detrimento do Pronto-Atendimento, demonstrando limitação na organização do trabalho e no acolhimento das pacientes no último. Algo que pode ser atribuído às características bastante peculiares de cada local, uma vez que a GO

é um setor especializado na gestação e parto e o PA é um setor geral de emergências médicas.

A comunicação entre profissionais e pacientes demonstrou-se com deficiências, de forma a apontar uma barreira para a efetivação da humanização, sendo um importante aspecto a ser reavaliado no encontro paciente-equipe. Já a atenção, disponibilidade e presença física dos profissionais, vivenciar o processo de ensino-aprendizagem sobre os cuidados com o filho e o vínculo prévio com profissionais do serviço foram relatadas como práticas de acolhimento significativas e vivenciadas como positivas, e analisadas como medidas de promoção da humanização e protagonismo da mulher, embora haja limitações presentes.

Não foi possível identificar através das falas das participantes as representações sociais sobre a maternidade provenientes dos profissionais, o que acreditamos que iria enriquecer os dados já que pensamos que o ponto de vista compartilhado pelos profissionais pode interferir em como ele cuida. Este fator representa um limite ao estudo, já que o tornaria mais completo quanto às suas análises. Considera-se a importância desta dimensão e sugere-se pesquisas nesta temática, com foco nos profissionais para obtenção de um panorama integral sobre o atendimento ofertado, relacionando-o à organização e gestão do trabalho e representações sociais.

Concluímos que a fala das mulheres mostraram o quanto suas concepções prévias quanto à maternidade e maternagem podem interferir em seu relacionamento consigo mesma e com seu filho, muitas vezes se sentindo boa mãe, de acordo com sua representação, mas por vezes, sentindo-se falha na relação de cuidados com seu bebê. Este é um fator importante a se considerar, uma vez que a relação dessa puérpera com a equipe pode contribuir para que ela se permita encontrar formas alternativas de lidar com seu filho considerando suas especificidades e não apenas as representações sociais que envolvem a função do ser mãe e o próprio bebê. A importância desta relação equipe-paciente, neste caso, pode ser observada quando essas mães tinham um relacionamento classificado como acolhedor por elas em relação à equipe, ou seja, a equipe tem papel central no cuidado com esta puérpera, e pode contribuir para seu empoderamento quando oferece escuta, suporte e considera suas necessidades.

Contribuições das autoras

Genero IK participou da concepção, delineamento, coleta e análise dos dados da pesquisa e redação do artigo científico. Santos KR participou da concepção, delineamento, análise dos dados da pesquisa e redação do artigo científico.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013>
- Badinter, B. (1985). *Um amor Conquistado: o mito do amor materno* (2a ed.). Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2012). *Análise de Conteúdo* (1a ed. 2a reimp.). Edições 70.
- Bezerra, M. G. A., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 414-421. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016>
- Borenstein, M. S. (1999). O poder disciplinar na enfermagem no espaço hospitalar: uma aproximação com o pensamento de Foucault. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(4), 583-588. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671999000400012>
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>
- Foucault, M. (1982). *Microfísica do Poder* (3a ed.). Edições Graal.
- Giodani, R. C. F., Piccoli, D., Bezerra, I., & Almeida, C. C. B. (2018). Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. *Ciênc, Saúde Coletiva*, 23(8), 2731-2739. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>
- Gorjon, M. G., Mezzari, D. C. S., & Basoli, L. P. (2019). Ensaaiando lugares de escuta: diálogos entre psicologia e o conceito de lugar de fala. *Quaderns de Psicologia*, 21(1), e1455. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1455>
- Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde à idade médica a atualidade. *Pensando Famílias*, 18(1), 55-62. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2a ed.). Artes Médicas.
- Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp. 17-44), Lílian Ulup. (Trad). Ed UERJ.
- Maldonado, M. T. P. (1981). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (4a ed.). Vozes.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). ABRASCO.
- Minayo, C. S. (Org). (2015). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (34a ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde. (2001). Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Secretaria de Políticas de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Humanização. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2a ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Moscovici, S. (2007). *Representações Sociais: investigações em Psicologia* (5a ed.). Vozes.
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 651-657. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>
- Pastorelli, P. P. L., Oliveira, E. C. N., Silva, L. J., Silva, L. R., & Silva, M. D. B. (2019). Significados e experiências culturais em amamentação entre mulheres de dois países. *Revista Enfermagem*, 27:e40605. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.40605>

Souza, T. A., Mattos, D. V., Matão, M. E. L., & Martins, C. A. (2016) Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. *Revista Enfermagem*, 10(Supl. 6), 4735-40. <https://www.semanticscholar.org/paper/Sentimentos-vivenciados-por-parturientes-em-raz%C3%A3o-Souza-Mattos/10d2a59014119bfbce1465ae0297f87769bdf0fc>

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 218-232). Imago.