

Análise estrutural das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica

Elba Miranda Nascimento¹ (Orcid: 0000-0002-5521-9179) (elbamiranda@gmail.com)

Juliana Costa Machado¹ (Orcid: 0000-0002-2258-0718) (juliana.costa@uesb.edu.br)

Alba Benemerita Alves Vilela¹ (Orcid: 0000-0002-1187-0437) (abavilela@uesb.edu.br)

Vanda Palmarella Rodrigues¹ (Orcid: 0000-0002-5689-5910) (vprodrigues@uesb.edu.br)

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA, Brasil.

Resumo: Este artigo tem como objetivo descrever a estrutura representacional de mulheres sobre a violência obstétrica e reconhecer seu núcleo central. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural. As participantes foram 101 mulheres que tiveram parto normal e responderam à técnica de evocação livre de palavras de forma virtual. Foram respeitados todos os preceitos éticos. Diante disso, os termos mais evocados pelas mulheres foram desrespeito, agressividade e dor. Tais termos podem ser entendidos como possível núcleo central da representação social, pois tiveram maior saliência e, conforme a análise de similitude um forte poder associativo. As representações sociais das mulheres deste estudo sobre violência no parto estão centradas na agressividade, no desrespeito e na dor, elementos estruturados nas dimensões: conceitual, imagética, atitudinal e afetiva.

► **Palavras-chave:** Violência obstétrica. Violência de gênero. Parto normal. Violência institucional. Representações sociais.

Recebido em: 12/09/2023

Revisado em: 23/01/2024

Aprovado em: 09/07/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350117pt>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Mariah Aleixo e Jane Russo

Introdução

O processo de parir e nascer teve diversas mudanças ao longo do tempo, com a finalidade de reduzir a alta mortalidade materna e fetal. A cena do parto sofreu alterações profundas na assistência ao estabelecer a medicalização do corpo feminino. Diante disso, a hospitalização do parto contribuiu para melhoria da saúde materno-fetal, porém transformou a mulher em propriedade institucional no processo de parto e nascimento (Seibert *et al.*, 2005; Medeiros, 2021).

Naturalizou-se que os procedimentos técnicos inerentes ao parto são adotados no intuito de que tudo ocorra bem, por conseguinte, as mulheres têm pouca autonomia sobre seus processos reprodutivos, evidenciando uma subordinação frente às decisões do profissional que a assiste (Jardim; Modena, 2018; Medeiros, 2021; Campos *et al.*, 2020).

Nesse bojo, percebe-se que tais procedimentos podem ser excessivos e agressivos, além de resultar em danos físicos e psicológicos durante o cuidado obstétrico profissional. Assim, a violência obstétrica acontece em função da condição ou capacidade reprodutiva da mulher, configurando-se como uma forma de controle do corpo feminino e pode ocorrer no pré-natal, parto, pós-parto e processo de abortamento. Por meio de atos violentos, as mulheres têm as suas sexualidades castigadas (Medeiros, 2021).

A violência obstétrica é um evento que se manifesta em atos negligentes, omissos, imprudentes, discriminatórios e desrespeitosos perpetrados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações de poder, ainda são naturalizados e banalizados no cenário obstétrico (Jardim; Modena, 2018).

Estudo desenvolvido com 276 puérperas apontou que 12,5% das mulheres reconheceram ter sofrido desrespeito e abuso durante o processo parturitivo; no entanto, as autoras chamam a atenção para o fato de que foram identificadas violações dos direitos das mulheres durante a análise dos questionários, mas que não foram percebidas como violência pelas participantes (Martins *et al.*, 2021). Provavelmente, tal desencontro é reflexo do desconhecimento das gestantes sobre melhores práticas recomendadas no parto, um tema que é pouco discutido no pré-natal.

Pesquisa com mulheres no puerpério imediato averiguou que a maioria das participantes não sabia identificar uma violência obstétrica e não tinha ouvido o termo previamente. Tal fato demonstra desconhecimento das mulheres sobre seus

direitos sexuais e reprodutivos, bem como, aumenta sua exposição às ocorrências deste tipo de agravo considerando a vulnerabilidade causada pela desinformação (Nascimento *et al.*, 2019).

Nessa direção, Campos *et al.* (2020) apontam que muitas práticas convencionais sem respaldo científico que acontecem no parto não são identificadas pelas mulheres como um desrespeito. Pesquisas apontam que a concepção cultural de parto é permeada de dor e intervenções; assim, a medicalização do parto, com o uso rotineiro de medicações e ingerências profissionais desnecessárias, não é classificada como violência obstétrica pela maioria das mulheres.

Estudo realizado com 603 puérperas brasileiras, com o objetivo de analisar os fatores associados à violência obstétrica decorrentes de práticas não recomendadas na assistência ao parto normal, em relação ao uso de intervenções desnecessárias como puxo dirigido, posição supina, litotomia, uso rotineiro de ocitocina e amniotomia, mostrou que quase 87% das mulheres sofreram alguma forma de violência durante o trabalho de parto e parto (Andrade *et al.*, 2016).

Pelo prisma da identificação das faces da violência obstétrica, estudo realizado na Etiópia evidenciou as diversas experiências durante o trabalho de parto e parto em unidades de saúde, destacando que as mulheres vivenciaram sentimentos de infantilização, abandono, negligência, foram submetidas a exames repetitivos sem consentimento e negada à presença de acompanhante. Tais formas de desrespeito e abuso as deixaram com sentimentos negativos em relação a uma nova necessidade de utilização do serviço de saúde (Gebremichael *et al.*, 2018). Nessa mesma vertente, um inquérito de base nacional brasileira investigou a associação entre violência obstétrica durante o parto e depressão pós-parto, ressaltando que o desrespeito e abuso durante o parto parecem contribuir para sintomas pós-traumáticos e podem ser associados a graves problemas de saúde mental no pós-parto, inclusive o desenvolvimento de depressão pós-parto (Leite *et al.*, 2020).

Jardim e Modena (2018) afirmam que a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, sendo fundamental compreender como as mulheres percebem essa violência e quais repercussões esses atos provocam na saúde materna e fetal. Nesse contexto, o estudo das representações sociais permite conhecer os elementos cognitivos, simbólicos, afetivos e conceituais que são formulados pelos indivíduos no processo interativo com sua realidade social (Moscovici, 1978).

Diante disso, o presente estudo busca responder a seguinte questão: como se estruturam as representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica? Apresenta como objetivos: descrever a estrutura representacional de mulheres sobre a violência obstétrica e reconhecer o núcleo central das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) em sua abordagem estrutural. Tal abordagem se sustenta na Teoria do Núcleo Central (TNC) que busca compreender a estrutura de uma representação social, pois toda representação é constituída em torno de um núcleo central que se organiza internamente e estabelece sua significação (Abric, 2003).

Este artigo é um produto da dissertação da autora principal e respeitou todas as questões éticas inerentes às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa para o desenvolvimento de investigação com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o CAAE 26399819.4.0000.0055.

O estudo foi desenvolvido com 101 mulheres, selecionadas por conveniência, e vinculadas às unidades de saúde da atenção básica de um município do interior da Bahia, Brasil. Os critérios de inclusão foram: ter tido pelo menos um parto normal na maternidade pública de referência do município entre os anos de 2017 e 2021 e ter realizado pré-natal na rede pública de saúde. Os critérios de exclusão foram: ter tido uma cesariana, não ter condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para participar da pesquisa.

A escolha por mulheres que tiveram parto normal decorreu da necessidade de atender a alguns objetivos da pesquisa original, dentre eles: conhecer as experiências das mulheres que tiveram parto vaginal e identificar as práticas assistenciais às quais elas eram submetidas durante o processo. Ademais, a restrição buscou assegurar a homogeneidade no grupo para melhor compreensão da representação social.

O processo de coleta de dados ocorreu de forma virtual, por meio de um formulário do *Google Forms*, entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2021. O contato com as mulheres foi viabilizado com o auxílio da enfermeira de cada unidade que intermediou o encaminhamento do formulário às mulheres que atendiam aos

critérios de inclusão. Ressalta-se que as mulheres só participaram da pesquisa após o aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi instrumentalizada pela técnica de evocações livre de palavras, que as participantes respondiam após o questionário sociodemográfico (idade, estado civil, renda familiar, grau de instrução) e obstétrico (paridade, intervenções no parto, entre outros).

No tocante à técnica de evocações livre de palavras, segundo Sá (2002), tem caráter espontâneo e projetivo, pois por meio dos elementos citados é possível acessar o universo semântico do objeto estudado. A aplicação da técnica consistiu em solicitar às participantes a produção das cinco primeiras palavras ou expressões que lhes viessem imediatamente à mente ao pensar no termo indutor “violência no parto”.

Após a aplicação da técnica, realizou-se um preparo com padronização das evocações no *corpus*. Inicialmente, fez-se a correção ortográfica e uniformização de termos, agruparam-se os termos sob a mesma designação e com significação comum formando um dicionário de campo semântico. A partir da organização e formação do *corpus* fez-se o processamento no *software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès.

Assente na análise prototípica, o EVOC permitiu organizar as evocações produzidas de acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação, o cruzamento desses dois critérios produziu o quadro de quatro casas.

Com as palavras dispostas no quadro de quatro casas, foi possível realizar a análise de similitude, realizada a partir do cálculo dos índices de similitude. Desse modo, a análise de similitude é o resultado do número de conexões entre cada par de palavras mais evocadas divididas pelo número de participantes incluídos na análise (Sá, 2002). Assim, consideraram-se somente as participantes que evocaram, pelo menos, duas palavras do referido quadro.

Com base nos índices de similitude foi possível construir a árvore máxima de similitude, um gráfico conexo e sem círculos, cujos vértices são os elementos da representação e as arestas são os valores dos índices de similitude entre os itens, que representam o nível de conexão entre os elementos, ou seja, quanto maior, mais intensa a conexão (Pecora; Sá, 2008).

Assim, a árvore máxima permite, a partir das ligações dos termos, identificar a hierarquia dos valores das ligações entre as evocações, analisar as relações de vizinhança e perceber a conotação assumida por cada termo (Pecora; Sá, 2008).

Resultados

Considerando o perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa, observaram-se idades entre 18 e 38 anos, com predominância da faixa etária entre 23 e 29 anos (45%). Em relação à autodeclaração étnica, 54,5% se declararam parda, 28,7% preta, 6,9% amarela e 9,9% branca. Cerca de 40% eram casadas, 20% em união estável e 30% eram solteiras. Referente ao nível de instrução e financeiro 35% tinha nível superior e 50% possuíam ensino médio, a maioria (70%) vivia com até dois salários mínimos.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 60% eram primíparas e 30% secundíparas. Em relação aos procedimentos realizados no último parto, 15 foram submetidas à episiotomia, 37 passaram por amniotomia, 25 usaram ocitocina, sete sofreram manobra de *Kristeller* e apenas 17 mulheres tiveram partos sem intervenção.

Como resultado das evocações livre de palavras ao estímulo indutor “violência no parto” foram evocadas 494 palavras pelas participantes, sendo 91 palavras diferentes. O *rang* ou ordem média das evocações (OME), calculado com auxílio do EVOC, foi três e a frequência média 22. No total, 10 termos integraram a estrutura das representações sociais sobre a violência obstétrica das entrevistadas, sendo gerado o quadro de quatro casas ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1. Quadro de Quatro Casas Formado pela Evocação Diante do Termo Indutor Violência no Parto

o.m.e.	< 3,00			≥ 3,00		
freq. med.	núcleo central	freq.	ome	primeira periferia	freq.	ome
frequência ≥ 22	agressividade desrespeito dor	34 33 27	2,794 2,455 3,000	tristeza violência psicológica	24 22	3,250 3,091
freq. med.	zona de contraste	freq.	ome	segunda periferia	freq.	ome
frequência < 22	medo sofrimento	15 14	2,333 2,224	desumano falta de amor falta de cuidado	18 16 20	3,333 3,325 3,150

Nota: Freq. Med = Frequência Média; Freq = Frequência; OME = Ordem Média de Evocações.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

O quadrante superior esquerdo apresenta o provável núcleo central da representação, com cognições mais frequentes e prontamente evocadas pelas

mulheres (Sá, 2002). Está integrado por elementos que definem a violência no parto como condutas de “agressividade” e “desrespeito” que geram “dor”, configurando-se como os principais organizadores de toda a representação.

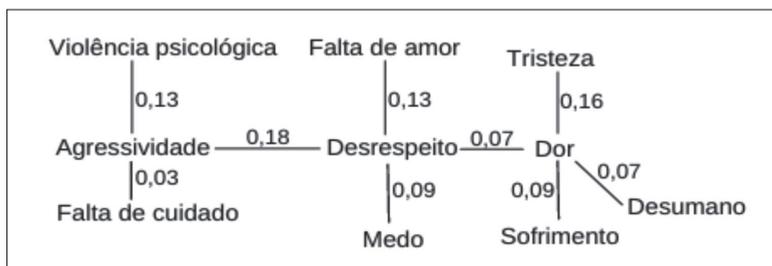
Segundo Abric (2003), os elementos da primeira periferia protegem o núcleo central de mudanças, são cognições muito evocadas, porém são consideradas com menor significância para as participantes. Emergiram as evocações “tristeza” e “violência psicológica” que fortalecem as ações e sentimentos centrais que surgem diante da violência obstétrica e que caracterizam o seu acontecimento.

Na segunda periferia, situam-se os elementos evocados tardiamente, apresentam uma OME elevada e baixa frequência, possibilitam a percepção de sentidos atribuídos pelas mulheres no que concerne às atitudes dos profissionais que praticam tal violência, os termos “desumano”, “falta de amor” e “falta de cuidado” expressam como tais ações são compreendidas pelas participantes.

Finalmente, a zona de contraste é composta por itens possíveis de constituírem o núcleo central de alguns indivíduos, abrange termos de baixa frequência, mas avaliados como significantes para as participantes por serem prontamente evocados. Nesse sentido, as mulheres evocaram “medo” e “sofrimento”, que diferente do esperado, não se expressam como afetos contrastantes aos abordados na zona central, “agressividade”, “desrespeito” e “dor”, mas complementares.

Sob o prisma da conexidade entre os elementos estruturantes das representações, observa-se a ligação dos termos a partir da construção da árvore máxima de similitude, conforme a Figura 1, considerando a co-ocorrência destes itens evocados pelas mulheres envolvidas neste estudo.

Figura 1. Árvore máxima de similitude, construída a partir das evocações frente ao estímulo violência no parto.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021

Diante da imagem gráfica, ressalta-se a importância que a cognição “desrespeito”, situada no núcleo central do quadro de quatro casas, assume na estrutura representacional, uma vez que possui mais conexões intensas e possui o maior índice de similitude da árvore (0,18), ligado à palavra “agressividade”, confirmando a presença marcante dessa construção simbólica no sistema de pensamento dessas mulheres.

Nessa análise, evidencia-se também que as cognições com estabelecimento de mais conexões na árvore máxima foram “desrespeito” e “dor”, seguida de “agressividade”, as quais já foram apontadas como centrais no quadro de quatro casas. Essa constatação reforça a hipótese que esses termos pertencem ao núcleo central da representação social de violência no parto em função da conectividade como um segundo critério de centralidade (Sá, 2002).

Partindo desse critério, percebe-se que “tristeza” apresenta a segunda maior conectividade como o termo “dor” (0,16) e, “violência psicológica” liga-se fortemente ao termo central “agressividade” (0,13), sendo que “tristeza” e “violência psicológica” situam-se na primeira periferia da análise estrutural. Assim, esses elementos podem ser considerados, por hipótese, como pertencente ao núcleo central da representação social das mulheres sobre violência no parto.

Discussão

A partir da análise estrutural das representações sociais sobre violência obstétrica, foi possível observar que para as participantes tal violência está fundamentada no desrespeito, na agressividade e na dor. Nesse sentido, tais termos podem ser entendidos como possível núcleo central da representação social, pois tiveram maior saliência e, conforme a análise de similitude um forte poder associativo.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais se estruturam em três dimensões: conceitual, atitudinal e imagética. A conceitual diz respeito à organização dos conhecimentos de um determinado grupo a respeito de um objeto social. A atitudinal se refere à conduta ou posição tomada em relação ao objeto representado. Por fim, a dimensão imagética remete a ideia de modelo social, refere-se ao arranjo dos elementos já estruturados na representação.

Ampliando essa classificação, Campos e Rouquette (2003) afirmaram que uma representação social não é um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos, mas, uma estrutura perpassada por diversas dimensões, e uma dessas dimensões

estruturantes é o componente afetivo, ou seja, o pensamento social também é mediado por uma dimensão afetiva.

Diante disso, percebe-se que os elementos do núcleo central contemplam as dimensões: conceitual, imagética, atitudinal e afetiva. Assim, a cognição “agressividade” foi o termo mais evocado e assume a dimensão conceitual e imagética, pois demonstra a organização do conhecimento que as mulheres têm sobre a violência obstétrica e as imagens construídas em referência a tal ato.

Corroborando esse dado, Aguiar e Rodrigues (2018) apontaram que as práticas de violência obstétrica prevalentes nos relatos das mulheres decorreram de comportamentos profissionais agressivos e desrespeitosos, a partir da realização de procedimentos com agressividade e sem consentimento, a exemplo da episiotomia, amniotomia, manobra de *Kristeller* e toques vaginais repetidos e por diferentes profissionais.

No que tange à constituição dos elementos do núcleo central, Abric (2003) afirma que eles são a essência da representação social, formado por elementos mais estáveis e resistentes à mudança sendo utilizado pelos indivíduos como referência para orientar suas apreensões e percepções sobre a realidade em que vivem. Nesse contexto, a expressão “desrespeito” foi a mais precocemente evocada e com mais conexões e expressa um julgamento das mulheres sobre a violência obstétrica, apontando a dimensão conceitual dessa representação social.

Assim, entende-se que tal violência está representada, pelas participantes do estudo, como condutas agressivas e desrespeitosas, perpassando falta de autonomia, medicalização do parto, objetificação do sujeito e desconsideração das suas vontades. Essa representação corrobora os conceitos mundiais de violência no parto, pois internacionalmente *disrespect and abuse* (desrespeito e abuso) tem sido utilizado para denominar o que na América Latina é nomeada como violência obstétrica (Leite *et al.*, 2022; Diniz *et al.*, 2015).

Destarte, evidencia-se que desrespeito e abuso abrangem qualquer ato de abuso físico, abuso verbal, abandono, negligência, procedimentos sem consentimento ou baseados em informações parciais ou distorcidas, não garantia da privacidade e confidencialidade, privação da liberdade e autonomia (Campos *et al.*, 2020; Diniz *et al.*, 2015). Portanto, a evocação “desrespeito” demonstra uma grande abrangência, mostrando que a violência obstétrica é representada de maneira polissêmica.

Por esse prisma, é preciso aprofundar a percepção sobre o desrespeito e a autonomia da mulher, essas questões, por vezes, estão intimamente ligadas à falta de consentimento para realizações de procedimentos. Segundo Kylea *et al.* (2021) as violências e danos que acontecem na tentativa de cuidar ou tratar uma paciente são provocadas por iatrogenias obstétricas.

Essas condutas, com frequência, se enquadram em danos não intencionais. Diante disso, as autoras apontaram que apesar da intencionalidade dos profissionais em algumas situações ser benéfica, a exemplo de retirar o direito da mulher de ser informada e de dar consentimento sobre seu próprio corpo, desconsidera a sua autonomia em nome de um benefício presumido que deve ser questionado (Kylea *et al.*, 2021).

Frequentemente, esse questionamento é difícil de ser elaborado pelas mulheres, pois, muitas vezes há um comportamento adaptativo e compreensivo às formas de violência obstétrica. Isso foi evidenciado por Castro e Savage (2019), em um estudo na República Dominicana que apontou a resignação das pacientes em aceitar as diversas formas de abuso e desrespeito e não caracterizá-las como violência obstétrica.

Segundo as autoras, a menos que as mulheres temessem por suas vidas ou pela vida dos seus filhos, elas se resignavam a aceitar e suportar a falta de privacidade, o tratamento agressivo e os descuidos da assistência como componentes esperados dos cuidados de saúde pública. Essas características adaptativas provocam nas mulheres perda da autonomia e compreensão da violência obstétrica como a forma de assistência esperada (Castro; Savage, 2019). Nessa perspectiva, a violência obstétrica é vivenciada como uma conjuntura coercitiva composta por mecanismos naturalizados de apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos femininos. Esse contexto impede as mulheres de fazerem escolhas autônomas sobre como gostariam de vivenciar seu processo de parir e de reconhecerem as alternativas disponíveis para elas nesse cenário de vivência (Castro; Savage, 2019).

É importante salientar que a representação social é um conhecimento que estrutura como os indivíduos veem e reagem face à realidade (Moscovici, 1978). Os afetos perpassam todo o constructo das representações desse estudo, seja na expressão das emoções e sentimentos das mulheres diante do fenômeno (dor, medo, sofrimento e tristeza), seja na percepção que elas têm da postura e conduta profissional na assistência à saúde (falta de amor).

Por esse ângulo, a evocação “dor” apresenta-se como um elemento da dimensão afetiva da representação social e na análise prototípica está alocado no quadrante central, emergindo como uma representação marcante no pensamento social sobre violência no parto. Conexa a esse termo está a cognição afetiva “sofrimento”, que apesar de ser o termo com menor frequência, foi o mais prontamente evocado, o que confirma o argumento que elementos da zona de contraste complementam o núcleo central na estrutura da representação social para alguns indivíduos.

Ressalta-se que é difícil separar dor e sofrimento, pois a dor sentida é atravessada e expressada pelo sofrimento. Desse modo, pensar na relação entre dor e sofrimento é também fazer uma interface com a violência, o que construiria, segundo Carneiro (2015), uma tríade semântica, pois a violência, ocorrida em qualquer esfera, gera dor e sofrimento em diversos níveis. Isso significa que na interpretação biopsicossocial, a violência, a dor e o sofrimento violentam a totalidade do ser humano.

No entanto, é importante discutir a dor como uma maneira de sentir, de viver e qualificar a experiência do processo parturitivo. Historicamente, o processo de medicalização do parto surge de mecanismos para aceleração do processo de parir e do desejo de supressão da dor. Esse modo de assistência ainda opera na cultura do parto ocidental, tanto na assistência obstétrica, quanto na compreensão de cuidado recebido pela mulher (Russo *et al.*, 2019).

Nesse contexto, Giacomini e Olivia Hirsh (2020, p. 11) destacaram que as mulheres vivenciam o parto e a violência obstétrica de acordo às lentes sociais e culturais que a fazem enxergar o mundo. Assim, a experiência da dor do parto normal pode ser vivido como um sofrimento, pois é uma dor “imposta, isto é, não é escolhida, quando, por isso mesmo, ela pode ser considerada uma forma de violência”.

A palavra “tristeza” representa o sentimento das mulheres a partir da vivência dolorosa de atos e comportamentos violentos, assumindo a dimensão afetiva da representação social. Essa cognição ocupa a primeira periferia e possui a função de sustentação do núcleo central, hipótese fundamentada na forte conexão com o termo “dor”.

Um estudo de base populacional apontou que a violência no parto se mostra como uma experiência profunda e marcante, diante disso tais atos não serão vivenciados como acontecimentos corriqueiros, pois podem trazer repercussões durante toda a vida da mulher, assim, há uma forte associação entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica e depressão pós-parto (Leite *et al.*, 2020).

Outra cognição evocada pelas mulheres que apresenta uma dimensão afetiva foi “medo”, esse termo não teve uma alta frequência, mas foi prontamente evocado e está conectado (0,9) ao termo central “desrespeito”. Diante disso, pode-se inferir que tal sentimento expressa o estado emocional desencadeado pela situação de vulnerabilidade que as mulheres projetam quando pensam ou quando vivem a violência no parto.

Corroborando esse pensamento, pesquisas apontaram que o medo silencia as mulheres durante a vivência do processo parturitivo. A condição de objetificação vivenciada nesse momento, acrescida à desproporção de poder entre profissional e parturiente, situa a mulher num lugar de vulnerabilidade por medo de sofrer violências e de se expor a riscos e repreensão de quem deveria prestar-lhe cuidado (Carvalho; Brito, 2017; Marques, 2020).

Ademais, compondo a dimensão atitudinal e a imagética da representação social de mulheres sobre violência obstétrica, a cognição “violência psicológica” se apresenta como uma conduta que não se restringe a agressão física, demonstrando que as participantes representam a violência no parto por atos agressivos, dando destaque aos comportamentos verbais grosseiros e hostis. Outra evidência desse achado é a forte conexão (0,13) deste termo com “agressividade”. Observa-se que apesar de não fazerem parte do mesmo quadrante na análise prototípica, essas cognições foram evocadas muitas vezes pelas mulheres, demonstrando que podem ser percepções que estão relacionadas entre si.

Nessa esteira, é fundamental compreender que a violência psicológica se manifesta por comportamentos de abandono, desprezo e agressão verbal. Esta última é caracterizada por falas que denotam humilhação, ridicularização, ofensa, manipulação, insultos, frases jocosas, ameaças que podem provocar na mulher medo, instabilidade emocional, insegurança e sentimento de inferioridade. Estudos apontam que tal atitude macula o processo parturitivo e o torna permeado de lembranças ruins (Murray De Lopez, 2018; Oliveira *et al.*, 2017; Werdofa *et al.*, 2022).

Pode-se inferir que as mulheres percebem uma conduta cruel de alguns profissionais de saúde que atuam no contexto da obstetrícia, seja por experiência própria ou por aprendizado com a vivência de outras mulheres, isso fica evidenciado nas evocações “desumano”, “falta de amor” e “falta de cuidado”, que expressam a representação das mulheres diante da violência no parto, sob o prisma da conduta profissional.

A evocação “falta de amor” encontra-se na segunda periferia e sinaliza um campo afetivo no qual as mulheres entendem que o profissional que presta o cuidado é desprovido de amor ao cometer uma violência obstétrica. Os outros dois termos que também se situaram na segunda periferia foram “desumano” e “falta de cuidado”, ambos expressam conceitos e condutas que as participantes entendem como violência no parto.

Nesse contexto, compreende-se que a desumanização do cuidado é um obstáculo a ser superado para a garantia da assistência de qualidade materna e neonatal, sendo oportuno destacar que o descaso, a negligência e o abandono dos profissionais de saúde têm implicações diretas sobre as experiências das mulheres no parto e os possíveis desfechos deste (Rodrigues *et al.*, 2022). Assim, compreender como as mulheres representam socialmente a violência no parto é um importante passo para construir estratégias, a fim de erradicar e prevenir tal problema.

Reconhece-se que as limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de a pesquisa ter sido realizada apenas com participantes que tiveram parto vaginal, o que pode ter proporcionado um olhar diferente se comparado às mulheres submetidas a uma cesariana. Assim, tal exclusão pode trazer uma concepção restrita quanto às formas de violência vivenciada nesse processo. Ademais, a reduzida produção científica sobre representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica obstou a ampliação da discussão.

Considerações finais

O presente estudo mostrou que as representações sociais das mulheres sobre violência no parto estão centradas na agressividade, no desrespeito e na dor, elementos estruturados nas dimensões: conceitual, imagética, atitudinal e afetiva. Esse dado evidencia a complexidade e diversidade de fatores que permeiam a experiência diante de tal agravo. Assim, o conhecimento das representações sociais permitiu construir afirmações, ideias e projeções advindas do cotidiano das mulheres através das vivências de parturição e suas experiências socialmente compartilhadas.

Constatou-se que os elementos representacionais periféricos envolveram conteúdos relacionados à dimensão afetiva, ligada tanto aos sentimentos das mulheres, como “medo”, “sofrimento” e “tristeza”, quanto à postura do profissional na prestação de cuidado, “falta de amor”, demonstrando o quanto tal vivência pode repercutir negativamente de forma marcante em toda a vida da mulher e da família.

Por fim, espera-se que, a partir dos conhecimentos produzidos pelas participantes, sejam promovidas discussões e reflexões nos serviços que prestam assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, bem como para os profissionais que neles atuam, no intuito de propiciar que mudanças sejam implementadas na busca de um cuidado humanizado e livre de danos. Assim, as mulheres poderão alcançar experiências mais respeitadas e ter mais chances de desfechos positivos no processo parturitivo.¹

Referências

- ABRIC, J-C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (org.). *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.
- AGUIAR, E. M. G.; RODRIGUES, M. S. Violência obstétrica durante o processo de parturição: relato de mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, Belo Horizonte, v. 5, n. 2. p. 1-29, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavidada.com.br/index.php/RBCV/article/view/109/13>.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, n. 1. p. 29-37, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrFJLp/?lang=pt>.
- CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 2003, v. 16, n. 3, p. 435-445. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/M6cKJvz7mCLjDP5mtQ6ZrNn/?lang=pt>.
- CAMPOS, V. S. *et al.* Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 2020, v. 34. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35453>.
- CARNEIRO, R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 2015, v. 00, n.20, p. 91-112. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>.
- CARVALHO, I. da S.; BRITO, R. S. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, Murcia, 2017, v. 16, n. 3, p. 71-97. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.
- CASTRO, A.; SAVAGE, V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, v. 38, n. 2, p.123-136, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1512984>

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev.*, v. 25, n. 3, p. 377-82, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/106080/106630/193143>.

GEBREMICHAEL, M. W. *et al.* Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 18, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2026-4>.

GIACOMINI, S. M.; HIRSCH, O. N. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Revista Estudos Feministas*, v. 28, n. 1, p. e57704, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13648470.2021.1938510>.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3069, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

KYLEA, L. L. *et al.* Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence and abuse. *Anthropology & Medicine*, v. 28, n.2, p. 188-204, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>

LEITE, T. H. *et al.* Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, v. 273, p. 391-401, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p.483-491, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.

MARQUES, S. B. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>.

MARTINS, A. C. M. *et al.* Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*, v. 34, n. 4, p. e337-e345, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>.

MEDEIROS, C. *Meu corpo, regras do Estado: a violência obstétrica como controle de corpos no Brasil*. São Paulo: Editora Uiclap, 2021.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MURRAY DE LOPEZ, J. When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, v. 23, n. 1, p. 60-69, 2018. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2017-0022>.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, San José, n. 37, p. 66-79, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>.

OLIVEIRA, T. R. de *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 11, n.1, p. 40-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11876p40-46-2017>.

PECORA, A. R.; SÁ, C. P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200018>.

RODRIGUES, D. P. *et al.* Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20210215, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>.

RUSSO, J. *et al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, n. 2, p. 519–550, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>

SÁ, C. P. de. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SEIBERT, S. L. *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, ago. 2005. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010435522005000200016&lng=pt&nrm=iso.

WERDOFA, H. M. *et al.* Women's perspectives on disrespect and abuse experiences during childbirth in a teaching hospital in Southwest Ethiopia: a qualitative study. *Sexual and reproductive health matters*, v. 30, n. 1, p. 2088058, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2088058>.

Nota

¹ E. M. Nascimento: concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. J. C. Machado: análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. A. B. A. Vilela: revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. V. P. Rodrigues: concepção e projeto; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Abstract

Structural analysis of the social representations of women about obstetric violence

This article aims to reveal the representational structure of women regarding obstetric violence and to recognize its central core. This study uses a qualitative, exploratory, and descriptive approach based on the theory of social representations in its structural approach. The participants were 101 women who had natural childbirth and responded to the free evocation of words technique virtually. All ethical precepts were respected. In view of this, the terms most evoked by women were disrespect, aggressiveness and pain. Such terms can be understood as a possible central nucleus of the social representation, as they had greater salience and, according to the similarity analysis, a strong associative power. The social representations of the women in this study on violence during childbirth are centered on aggressiveness, disrespect and pain, elements structured in the dimensions: conceptual, imagery, attitudinal and affective.

► **Keywords:** Obstetric violence. Gender-based violence. Natural childbirth. Institutional violence. Social representations.

