



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



ELBA MIRANDA NASCIMENTO

**PENSAMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Jequié
2021

ELBA MIRANDA NASCIMENTO

**PENSAMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanda Palmarella Rodrigues

Jequié

2021

N244p Nascimento, Elba Miranda.

Pensamentos e vivências de mulheres: representações sociais sobre a violência obstétrica / Elba Miranda Nascimento.- Jequié, 2022.

102f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues)

FOLHA DE APROVAÇÃO


NASCIMENTO, Elba Miranda. **Pensamentos e vivências de mulheres:** representações sociais sobre a violência obstétrica. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2021.

BANCA EXAMINADORA



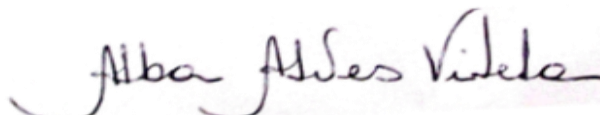
Prof^a. Dr^a. Vanda Palmarella Rodrigues

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas
Universidade Federal do Vale do São Francisco



Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié, 13 de dezembro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho acadêmico à mulher que mais me inspirou e me inspira na vida, **Celia Miranda Nascimento**, a sua partida deixou uma dor imensa e uma saudade insuperável, mas seu legado e suas lembranças seguem vivos em nós!
Mainha, sempre estarás comigo...

Para Sempre

*Por que Deus permite que as mães vão-se embora?
Mãe não tem limite, é tempo sem hora,
luz que não apaga quando sopra o vento
e chuva desaba, veludo escondido na pele enrugada,
água pura, ar puro, puro pensamento.
Morrer acontece com o que é breve e passa sem deixar vestígio.
Mãe, na sua graça, é eternidade.
Por que Deus se lembra - mistério profundo - de tirá-la um dia?
Fosse eu Rei do Mundo, baixava uma lei:
Mãe não morre nunca,
mãe ficará sempre junto de seu filho
e ele, velho embora, será pequenino
feito grão de milho.*

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradeço a força impulsionadora de vida, **Deus-Mãe** de infinita bondade e misericórdia, que permite que tudo frutifique, viva e cresça.

A minha mãe, **Celia** (in memoriam) minha eterna fonte de força e incentivo!

Ao meu companheiro da vida **Messias**, meu maior parceiro e incentivador. Obrigado por todo o apoio, obrigada por tanto, Mê!

Aos meus filhos **Dom** e **Gabriel**, por ser minha esperança de dias melhores e por me fazerem ser uma pessoa melhor.

A minha família, em especial a minha irmã **Eloah** e ao meu irmão **Eric** por todo incentivo, amorosidade e companheirismo! Sou com vocês e por vocês, somos e seremos sempre!

A minha orientadora, **Prof^a. Dra. Vanda Palmarella**, quem me conduziu pelo caminho da pesquisa científica e me apresentou o encantador mundo das representações sociais. Obrigada por ter tornado essa caminhada mais leve, com seu afeto, sua sabedoria e seus ensinamentos!

A minha amiga **Mariana**, por ser parceira nessa caminhada de descobertas e desafios no mundo da partería e no mundo acadêmico!

Aos meus **colegas de Mestrado** que partilharam comigo as alegrias, angústias e desafios da caminhada científica e desse período pandêmico.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia** por ser minha casa de formação, meu berço de desenvolvimento e aprendizado acadêmico.

Aos mestres do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)** por todos os ensinamentos e orientações, em especial a **Prof^a. Dr^a. Adriana** e **Prof^a. Dr^a. Alba**.

Aos **coordenadores** do PPGES, **Prof^a. Dra. Adriana**, **Prof. Dr. Prof. César** e **Prof^a. Dr^a. Vanda**, pelo compromisso com o ensino e pela dedicação ao nosso programa.

Aos **funcionários** do PPGES por toda a solicitude e atenção.

A **CAPES**, pela concessão de bolsa no segundo ano do mestrado, o que possibilitou uma maior dedicação à pesquisa.

As **mulheres** que participaram da minha pesquisa, por partilharem suas dores, alegrias e memórias de um momento tão profundo que é a chegada de um bebê.

As **Enfermeiras** das unidades de saúde que se disponibilizaram e me auxiliaram no contato com as participantes da pesquisa. Em especial: **Lajana** e **Karina**.

A **Prof^a. Dra. Juliana** por todo incentivo, apoio e suporte acadêmico. **Juli**, sua paixão pelas representações sociais e sua expertise foram essenciais para o refinamento deste trabalho!

Ao **Grupo de Pesquisa Violência Saúde, Cultura e Paz**, pelos momentos de aprendizado, partilha e construção coletiva.

A querida **Prof^a. Aline Zorzim**, minha orientadora na especialização em enfermagem obstétrica, a que me trouxe de volta ao mundo da pesquisa com muita amorosidade e paciência. Aline, obrigada por me incentivar na busca por respostas para minhas inquietudes, você marcou o início da minha trajetória acadêmica na obstetrícia, muito obrigada!

A **todas as mulheres** que passaram pela minha vida, sou cada dia mais forte com a força das minhas irmãs.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para o desejo e para a concretização deste trabalho, minha eterna gratidão!

“Eu só tenho a agradecer, falar me faz bem, quando eu falo eu boto pra fora, quando eu falo eu me sinto melhor, é como se tivesse tirando um peso em cima da gente... quando eu falo é como se tivesse certeza de que eu tô viva, porque foi muito difícil, muito difícil mesmo... hoje é a prova que a gente tá vivo que eu tô viva e que meu bebê tá vivo, mas que foi bonito, não foi, muito menos único, muito menos feliz, não foi nada de bom, não foi nada bom... Obrigada por me dar esse momento e espero que mil pessoas, milhões de pessoas me chamem pra relatar, porque quanto mais eu relato mais eu tiro essa dor de dentro de mim.”

(Participante 23)

NASCIMENTO, Elba Miranda. **Pensamentos e vivências de mulheres: representações sociais sobre a violência obstétrica.** 2021. 102f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2021.

RESUMO

Este estudo apresentou como objetivo geral analisar as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica, e como objetivos específicos: descrever a estrutura representacional de mulheres sobre a violência obstétrica; reconhecer o núcleo central das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica; apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica; e compreender a relação das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa fundamentado pela Teoria das Representações Sociais, em suas abordagens estrutural e processual, realizado entre os meses de janeiro e junho de 2021 nas Unidades de Saúde do município de Jequié, Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu em duas etapas, ambas em ambiente virtual. Na primeira etapa as 101 participantes responderam, via *WhatsApp*, ao formulário do *Google Forms* o questionário sociodemográfico/obstétrico e participaram da técnica de evocação livre de palavras utilizando-se o estímulo indutor violência no parto. Na segunda etapa foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas via *Google Meet*. Os dados advindos das evocações livres foram processados no *software* EVOC 2005, para as entrevistas utilizou-se o *software* IRAMUTEQ através da interface Classificação Hierárquica Descendente. Dos resultados obtidos foram produzidos dois manuscritos. O primeiro “Representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica segundo a abordagem estrutural” apontou como termos mais evocados pelas mulheres 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. O segundo manuscrito “Abordagem processual das representações sociais de mulheres: a violência obstétrica como coisificação da mulher” apresentou dois eixos e seis classes. O eixo A apresentou a dimensão conceitual e afetiva das representações das mulheres sobre a violência obstétrica e o eixo B abordou as vivências da gestação ao nascimento do bebê. As mulheres representaram a violência obstétrica como ação de cerceamento de sua autonomia, condutas desnecessárias e violência psicológica. Apontaram a importância de ser bem informada no pré-natal e de serem preparadas adequadamente para o processo parturitivo. Assim, o estudo alcançou os objetivos propostos e apontou que se faz necessário o reestabelecimento e fortalecimento da autonomia feminina, por meio de uma requalificação das condutas profissionais e medidas educativas na atenção básica que visem suprimir a lacuna informacional existente na gestação, para o alcance de uma experiência parturitiva mais respeitosa.

Palavras-chave: violência contra a mulher; violência obstétrica; parto normal; violência institucional; humanização no parto.

NASCIMENTO, Elba Miranda. **Women's thoughts and experiences: social representations about obstetric violence.** 2021. 102f. Dissertation [Master] – Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2021.

ABSTRACT

This study presented as a general objective, analyzing the social representations of women about obstetric violence, and as specific objectives: presenting the representational structure of women about obstetric violence; the Recognizing Central Nucleus of the Social Representations of Women on Obstetric Violence; apprehend the contents of women's social representations about obstetric violence; and understand the relationship of women's social representations of obstetric violence with situations of violence experienced in the birth process. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach based on the Theory of Social Representations, in its structural and procedural approaches, carried out between January and June 2021 in Health Units in the city of Jequié, Bahia, Brazil. Data collection took place in two stages, both in a virtual environment through WhatsApp or Google Meet. In the first stage, the 101 participants answered the sociodemographic/obstetric questionnaire via Google Forms and participated in the free word evocation technique using the inducing stimulus violence in childbirth. In the second stage, 30 semi-structured interviews were carried out. The data from the free evocations were processed in the EVOG 2005 software, for the interviews, the IRAMUTEQ software was used through the Descending Hierarchical Classification interface. From the results obtained, two manuscripts were produced. The first "Social representations of women on obstetric violence according to the structural approach" pointed out that the terms most evoked by women disrespect, aggressiveness and pain. Such terms can be understood as a possible nucleus of the central social representation, as they have greater salience and, according to the similarity analysis, a strong associative power. The second manuscript "Procedural approach to the social representations of women: obstetric violence as a objectification of women" presents two axes and six classes. Axis A presents the conceptual and affective dimension of women's representations about obstetric violence and Axis B addressed the experiences from pregnancy to the birth of the baby. Women represent obstetric violence as an action to curtail their autonomy, unnecessary behavior and psychological violence. They pointed out the importance of being well informed in the prenatal period and of being prepared for the birth process. Thus, the study achieved the proposed objectives and pointed out that it is necessary to reestablish and strengthen female autonomy, through a requalification of professional behavior and educational measures in primary care that aim to eliminate an information gap that exists during pregnancy, to achieve a more respectful birth experience.

Keywords: violence against women; obstetric violence; normal birth; institutional violence; humanization in childbirth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CS	Centro de Saúde
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'analyse dês Evocations
GPVIO	Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura da Paz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Políticas públicas de assistência ao parto e nascimento no Brasil.....	18
2.2	Violência obstétrica e sua interface com as questões de gênero	20
2.3	Caminhos para a prevenção da violência obstétrica.....	24
2.3.1	Formação dos profissionais de saúde e remodelação da cultura organizacional	24
2.3.2	Promoção da autonomia das mulheres e famílias	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	A Teoria das Representações Sociais	29
3.2	Abordagens processual e estrutural das Representações Sociais	31
4	CAMINHAR METODOLÓGICO	35
4.1	Tipo e natureza da pesquisa	35
4.2	Local da pesquisa	35
4.3	Participantes da pesquisa	36
4.4	Instrumentos e técnicas para coleta de dados	37
4.5	Análise de dados	39
4.6	Aspectos éticos	41
5	RESULTADOS	42
5.1	Manuscrito 1: Representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica segundo a abordagem estrutural	43
5.2	Manuscrito 2: Abordagem processual das representações sociais de mulheres: a violência obstétrica como coisificação da mulher	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	91
	APÊNDICE A – Roteiro sociodemográfico/obstétrico e técnica de evocação livre	92

de palavras	
APÊNDICE B – Roteiro entrevista semiestruturada	94
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	95
ANEXOS	97
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Conselho de Ética e Pesquisa	98
ANEXO B – Autorização para coleta de dados	102

APRESENTAÇÃO

Sou mulher cis, mãe, enfermeira obstetra e amante de todo o universo do gestar, parir e nascer. Desde pequena gostava de ouvir histórias de parto e nascimento, ver fotos e ler livros. A história que mais ouvia era a da mulher que mais me fortaleceu na vida, minha mãe, que teve quatro partos normais.

O primeiro, um parto repleto de violência e má assistência que culminou na morte da minha irmãzinha assim que nasceu. Os três partos seguintes também cheios de intervenções desnecessárias, como todos os protocolos de assistência da época, mas com o nascimento de bebês grandes e saudáveis.

Eu nasci com 4.950g de um parto vaginal com episiotomia e manobra de Kristeller, que apesar da dor e dos procedimentos que hoje entendemos como violências, Mainha nunca se referiu a essas experiências com sofrimento, pelo contrário, afirmava que foram processos transformadores.

Crescer ouvindo essas histórias foi alimentando em mim interesses que eu não sabia onde me levariam, mas hoje, analiso a minha caminhada e entendo como esse arcabouço ancestral me fortaleceu e me fortalece.

As experiências das mulheres em trabalho de parto e parto me trouxeram profundas inquietudes à época da graduação, ao cursar a disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher, no curso de Enfermagem. Em seguida, logo depois de concluir o curso em 2011, minha primeira experiência profissional foi em um hospital municipal de pequeno porte que tinha três leitos de pré-parto e uma sala de parto para realização de parto vaginal.

Durante dois anos assisti, testemunhei e convivi com a experiência mais feliz e uma das mais terríveis na vida de uma mulher, a primeira que é a chegada do seu bebê e a segunda que é sofrer as mais diversas formas de violência durante esse processo.

Pouco tempo antes de solicitar exoneração desse cargo passei pelo meu processo de gestar, mesmo diante de tudo que presenciei nunca cogitei ser submetida a uma cesariana eletiva, mas com 39 semanas, um bebe pélvico, e já tendo feito todas as tentativas para ele virar (de práticas integrativas até Versão

Cefálica Externa) me resignei e abracei a via de nascimento mais segura para o meu filho naquele cenário, uma cesariana.

Assim que retornei da licença maternidade solicitei exoneração com a certeza que jamais caminharia pela obstetrícia. No entanto, a vida tem suas surpresas, e em 2014, participei de um curso de Formação de Doulas para acompanhar minha irmã no seu primeiro parto.

No mesmo ano da gravidez da minha irmã, minha mãe partiu. Naquele momento, além de me sentir sem rumo, sentia-me responsável por ser amparo e segurança para a chegada do meu sobrinho, com respeito e livre de violências. E para meu orgulho e felicidade, assim aconteceu.

A partir daquela formação encontrei um caminho exuberante e desafiador ao lado de mulheres, lutando contra as violências institucionais, auxiliando e oferecendo ferramentas para que elas construíssem seus processos de gestação, parto e puerpério com autonomia e empoderamento.

Em 2018, concluí a especialização em Enfermagem Obstétrica e nesse mesmo ano passei a integrar o Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO), grupo que se dedica a pesquisar as diversas formas de violências e suas repercussões na vida das pessoas e da comunidade.

A partir da formação acadêmica e dessas vivências senti-me impelida a compreender melhor a assistência no ciclo gravídico-puerperal, e desde então dedico-me a estudar e a atuar para que as mulheres sejam respeitadas nos seus processos parturitivos. Nesse sentido, atuo tanto na pesquisa junto ao GPVIO, quanto na assistência, pois sou Enfermeira Parteira numa equipe de Enfermeiras que assistem partos domiciliares com respeito e valorizando a autonomia e o protagonismo feminino.

A minha caminhada na construção desse trabalho representa um passo na luta pela melhoria da assistência obstétrica, representa uma demanda social que deve ser atendida, uma voz silenciada que deve ser ouvida, uma injustiça que precisa ser extirpada e uma irmã que deve ser abraçada, reparada e ter sua dor acolhida.

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a arte de partejar era um exercício exclusivo de mulheres, ato doméstico, privado e verticalizado. Este processo de parir e nascer sofreu mudanças profundas ao longo do tempo, que aconteceram com o intuito de reduzir a alta mortalidade materna e fetal e que se desdobraram em outras complicações na assistência (CARNEIRO, 2008; SEIBERT et al., 2005).

A partir do século XVIII, ocorreu a ascensão do protagonismo masculino na cena do parto, impulsionada pela generalização do uso do fórceps, exclusivo do cirurgião. Assim, os partos passaram a ser instrumentalizados e tutelados por médicos. Essa mudança provocou reflexos nas práticas de partejar, notadamente pela hospitalização do parto e pela posição de decúbito dorsal para parir. Com o novo paradigma, o parto deixa de ser um evento ativo, íntimo e verticalizado, tornando-se passivo, público e horizontal (CARNEIRO, 2008; MAIA, 2010).

Segundo Nagahama e Santiago (2005) essas modificações intensificaram-se no século XX, com o estabelecimento do hospital como local seguro para parir e nascer. A mudança de cenário do parto determinou o desenvolvimento e o saber na Obstetrícia, resultando na medicalização do corpo feminino. Com efeito, a hospitalização contribuiu para a redução da mortalidade materna e neonatal. No entanto, promoveu a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo de parto e nascimento.

Nessa perspectiva, há uma compreensão cultural de que os procedimentos que acontecem no parto são medidas adotadas com o intuito de que tudo ocorra bem. Assim, aceitam-se intervenções obstétricas, com a utilização de aparatos tecnológicos e farmacológicos, bem como procedimentos cirúrgicos, na compreensão de que essas ingerências são condutas necessárias a uma boa assistência (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Esse quadro expõe a mulher a diversas intervenções no processo de gestar e parir, sendo que tais atos podem ser excessivos e violentos, capazes de provocar danos durante o cuidado obstétrico profissional (VENTURINI; GODINHO, 2013). Num processo de promoção das boas práticas no parto e nascimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que a assistência ao processo de parturição deve valorizar a fisiologia do parto, buscar um equilíbrio entre avanço

tecnológico e qualidade das relações humanas, respeitar o protagonismo e a autonomia feminina e promover o uso racional das intervenções, a fim de garantir uma assistência segura e humanizada para a mulher e seu bebê (OMS, 1996).

Nesse mesmo sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabeleceu condutas éticas e prioritárias na assistência digna e respeitosa ao parto. O órgão recomendou práticas baseadas em evidências científicas, que promovam a autonomia e o poder de decisão da mulher sobre seu corpo. O ministério ratificou a importância da adoção de condutas que respeitem a fisiologia do parto e que rompa com o modelo tradicional, que despersonaliza o cuidado e cria riscos à saúde, em virtude do excesso de intervenções (BRASIL, 2014).

Apesar dessas diretrizes e orientações, ainda persiste nas instituições de saúde a assistência obstétrica tradicional, pautada no modelo tecnocrático que avalia os processos pela mecanização do corpo (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCRAIBER, 2013).

O inquérito de base nacional, Nascer no Brasil, evidenciou que apenas 5% dos partos vaginais de risco habitual ocorrem sem nenhuma intervenção. Em relação às boas práticas durante o trabalho de parto, menos de 50% das mulheres tiveram a assistência pautada nesses princípios. No que tange aos procedimentos, o uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, a realização de episiotomia foi de 56% e cerca de 90% das mulheres pariram em posição de litotomia (LEAL et al., 2014).

A OMS (2014) descreve as diversas formas de violência que a mulher pode sofrer durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Caracterizam-se por intervenções desnecessárias e sem respaldo científico ou por ações que vão desde abusos, desrespeito, maus-tratos e negligências até humilhações, agressão verbal e física. Desse modo, a violência durante essa fase se caracteriza como uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, pois toda parturiente tem direito a uma assistência digna e respeitosa.

As diversas formas de danos e agressões praticadas durante a assistência obstétrica profissional são nomeadas como violência obstétrica. Esse tipo de violência pode ser cometido por qualquer profissional que atua na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e nos casos de abortamento. Inclui maus-tratos físicos e psicológicos, e, também, procedimentos desnecessários, como: uso rotineiro de ocitocina e episiotomia, ausência de acompanhante, restrição da

parturiente ao leito, limitação de posições para parir, manobra de *Kristeller* (empurrar a barriga da parturiente), entre outras. Inclui-se também a indicação de cesariana por conveniência, sem uma justificativa clínica compatível (TESSER et al., 2015).

As repercussões dessa violência na vida da mulher são de proporções momentâneas ou podem reverberar por toda a vida. Algumas mulheres relatam sentimentos de inferioridade, insegurança, indignação e vergonha por ter sua intimidade exposta. Outras percebem uma impunidade em relação aos autores da violência, carregam o medo de ter outro filho, além de traumas físicos (toques vaginais violentos e episiotomia) e psicológicos que impactam negativamente na sua qualidade de vida (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2018).

De acordo com Tesser et al. (2015) e Diniz et al. (2015), a violência obstétrica refere-se a todas as formas de desrespeito e violação de direitos que acontecem durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto ou abortamento.

Assim, o objeto de estudo deste trabalho são as representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica. O tema emerge a partir do pressuposto de que há a necessidade de conhecer e nomear as crenças, valores e experiências que permeiam a vivência do processo parturitivo, a partir das interações sociais. Um estudo de uma representação pretende averiguar o que, por que e como pensam os sujeitos.

Diante disso, foi escolhido como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), pois esta contribui para o conhecimento do fenômeno pela ótica do indivíduo que a vivência propicia perscrutar o pensamento de mulheres acerca das suas vivências no parto e percepções sobre violência obstétrica.

O conceito de representação social foi pioneiramente cunhado por Serge Moscovici em seus estudos psicanalíticos na França, no final da década de 1950. Para ele, as representações sociais marcam as nossas relações, os objetos que são produzidos ou consumidos e as comunicações estabelecidas. Elas são fáceis de serem compreendidas, mas difíceis de serem conceituadas (MOSCOVICI, 2015).

Nesse sentido, segundo Abric (2001), as representações sociais funcionam como um complexo articulado que busca interpretar a realidade, que conduz as interações dos indivíduos com o seu meio, e que determina comportamentos e práticas.

Diante do elevado número de casos de violência obstétrica no Brasil, verdadeiro problema de saúde pública, com significativas repercussões na vida e saúde das mulheres, este estudo busca saber quais as representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica.

Assim, propõe-se a seguinte **questão norteadora**: como as mulheres representam socialmente a violência obstétrica?

Frente a essa problemática, tem-se como **objetivo geral**: analisar as representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica. Os **objetivos específicos** são os seguintes: descrever a estrutura representacional de mulheres sobre a violência obstétrica; reconhecer o núcleo central das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica; apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica; compreender a relação das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo.

Quanto à relevância deste estudo reside na possibilidade de contribuir com informações contextualizadas e específicas, advindas das representações sociais, fornecendo apontamentos para o aprimoramento de políticas de saúde voltadas à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O estado da arte a respeito da violência obstétrica e seus aspectos teóricos e conceituais foi desvelado com a utilização da revisão narrativa de literatura, tendo em vista tratar-se de ferramenta hábil para descrever e discutir o presente objeto de estudo.

A revisão narrativa ancora-se numa temática mais livre, sem exigência de informar as fontes das bases de dados utilizadas, nem metodologia detalhada para a busca de referências. Apesar de ser menos abrangente e metodologicamente mais flexível, permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo. (CORDEIRO et al., 2007; ROTHER, 2007).

Considerando o objeto de estudo, esta revisão de literatura é apresentada em três eixos temáticos: 1) Políticas públicas de assistência ao parto e nascimento no Brasil; 2) Violência obstétrica e sua interface com as questões de gênero; 3) Caminhos para a prevenção da violência obstétrica.

2.1 Políticas públicas de assistência ao parto e nascimento no Brasil

O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), criado no Brasil em 1975, foi pioneiro na atenção materno-infantil. A ênfase do programa era dada a mulheres em idade fértil, gestantes, parturientes, puérperas e atenção nutricional ao grupo infantil. As ações eram planejadas no intuito de contribuir para o fortalecimento das gerações vindouras, tornando-as mais fortes e saudáveis. Ademais, desenvolveu medidas para promover condições favoráveis ao organismo materno, com o fim de garantir o nascimento de crianças saudáveis e o equilíbrio do núcleo familiar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No final da década de 1970 e início de 1980, alguns programas foram propostos com vistas a promover a melhoria da saúde materna. As iniciativas buscavam alcançar o bem-estar da mulher apenas pelo prisma da procriação e da maternidade. Pouco discutia-se a saúde da mulher de forma integral e com autonomia, mas apenas como objeto de reprodução (MARTINS, 2004).

Paralelamente, os movimentos feministas organizados ganharam destaque nas esferas do poder público. Nos primeiros anos da década de 1980 esses movimentos passaram a discutir amplamente a questão da sexualidade feminina, situando a saúde sexual e reprodutiva como um direito das mulheres. Assim, toda atividade voltada para a regulação da fecundidade deveria fazer parte de uma atenção integral à saúde da mulher (OSIS, 1998).

Nesse contexto pós-ditadura militar, de pressão internacional para o controle de natalidade nos países em desenvolvimento e de efervescência popular, foi publicado, em 1984, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa, fruto da negociação de mulheres, nasceu com o objetivo de oferecer uma assistência à mulher desde a adolescência até a velhice, tendo como pilar a integralidade na assistência em todo o seu ciclo vital feminino (OSIS, 1998).

Mesmo com as diretrizes estabelecidas pelo PAISM, o escopo da saúde da mulher continuou sendo o ciclo reprodutivo, além de não avançar na melhoria da qualidade da assistência. Em 2000, na busca por inserir a humanização na prestação de cuidados como uma estratégia de melhoria do acesso e da qualidade no ciclo gravídico-puerperal, o MS instituiu o PHPN. Assim, avaliando os avanços e retrocessos referentes ao PAISM e buscando mudanças e estratégias que auxiliassem no preenchimento de lacunas no serviço de saúde, instituiu-se, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A PNAISM veio consolidar a luta dos movimentos de mulheres por direitos sociais. A nova política propõe a superação da ultrapassada concepção de saúde materno-infantil, adquire novos conceitos de Saúde da Mulher formulados pelo movimento feminista e por técnicos da área e engloba questões para além do ciclo gravídico-puerperal. Os princípios que norteiam esta política estabelecem uma estreita relação com os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) – equidade, universalidade e integralidade. Ademais, insere questões tão importantes e até então preteridas como, por exemplo, a questão de gênero e a violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Em 2011, diante das altas taxas de morbimortalidade materna e infantil e da alta taxa de cesariana, houve a necessidade de estabelecer metas para a redução dessas taxas, com a elaboração de estratégias que garantissem a saúde integral a

todas as mulheres. Assim, o MS implantou um novo modelo de atenção no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A estratégia pretendeu estruturar uma rede de cuidados com a finalidade de garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo, com atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, assegurando um nascimento seguro e desenvolvimento infantil saudável (BRASIL, 2011).

Esse novo modelo de atenção foi pautado nos princípios da humanização da assistência. Assim, busca a garantia dos direitos da mulher, do recém-nascido e da criança; amplia o acesso ao serviço; aprimora o acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; subsidia o transporte de urgência e emergência; promove à vinculação da gestação à maternidade de referência; preconiza a assistência ao parto e nascimento seguros, por meio das boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS; apoia a presença do acompanhante; garante o acesso ao planejamento reprodutivo e assistência de qualidade e resolutiva à criança de zero a dois anos de vida (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes, os quais, isoladamente, compreendem um rol de ações de atenção à saúde, e são independentes e interligados simultaneamente, a saber: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e, 4) Sistema Logístico de Apoio: transporte sanitário e regulação de acesso (BRASIL, 2011).

A política pública foi pautada nas propostas de humanização do parto, que, segundo Diniz (2005), tem a possibilidade de construir novas imaginações e possibilidades de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade e a corporeidade. O movimento de humanização tem o potencial de reinventar o parto como experiência humana, que pode ser vivida para além da escolha limitante entre uma cesariana ou um parto violento.

2.2 Violência obstétrica e sua interface com as questões de gênero

Segundo Moraes (2007), a mulher é uma produção histórica com características de uma determinada sociedade, ou seja, seu papel foi construído historicamente a partir de expectativas sobre como deveria ser seu comportamento. Nesse sentido, a categoria gênero é de grande importância para o

entendimento da realidade social, uma vez que se configura como uma das manifestações da questão social, dotada de relações de poder e desigualdade.

A historiadora Joan Scott definiu gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1989, p.21). Para essa mesma autora, o gênero possui uma identidade subjetiva e está imbricado na percepção, exercício e na construção do poder.

Corroborando esse pensamento, Saffioti (1997) afirma que a construção social de gênero se dá na dinâmica das relações sociais, são conjuntos complexos formados por uma totalidade de um ser que se relaciona com o outro. Cada pessoa é influenciada pela história das suas relações sociais, moldadas por características de gênero, classe e etnia.

Compreendendo que o conceito de gênero é parte constitutiva das relações de poder, evidencia-se a necessidade de fazer alusão à violência de gênero, considerando as imbricações e desdobramentos relacionados ao contexto da violência obstétrica. Nessa perspectiva, a violência de gênero se caracteriza por violência sexual, física e/ou psicológica contra a mulher, revelando-se mediante as relações de poder, histórica e culturalmente desiguais ocorridas entre homens e mulheres (WOLFF; WALDOW, 2008).

A análise da violência de gênero, a partir dos conceitos de Bourdieu (2005), relaciona-se ao exercício do poder simbólico. Por esse prisma, a mulher é vista como objeto ou símbolo cuja atribuição, no terreno das trocas simbólicas, consiste em manter o capital simbólico que se concentra em benefício das forças de dominação, a fim de perpetuar o poder dos homens.

Vale ressaltar que a violência de gênero normalmente é perpetrada pelo homem contra a mulher, mas pode ocorrer também de um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher, para isso é necessário que o ato seja praticado como consequência direta ou indireta das desigualdades de gênero, como é o caso da violência obstétrica (SAFFIOTI, 1997).

Desse modo, a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, que se configura como um desrespeito aos direitos humanos da mulher. No entanto, não existe uma definição consensual sobre esse tipo de violência, mas há um destaque para ações de negligência, tratamento grosseiro, ameaça, repreensão,

humilhação, violência verbal, psicológica, física e sexual (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Detalhando mais essa definição, o dossiê sobre Violência Obstétrica elaborado pela “Rede Parto do Princípio” afirma que esse tipo de violência abrange a violência física, sexual ou psicológica durante a gravidez, em consultas ou exames pré-natais, inclusive coerção para cesariana eletiva; violência física, sexual ou psicológica no atendimento às interrupções voluntárias da gravidez, situações de aborto espontâneo ou tentativas de aborto ilegal; violência física, sexual ou psicológica durante o trabalho de parto, parto ou puerpério (CIELLO et al., 2012).

Nesse ínterim, a violência obstétrica foi pioneiramente definida e tipificada na Venezuela (VENEZUELA, 2007, p.30):

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Salienta-se também que as restrições como a proibição de ingestão alimentar, imposição de uma posição para parir, afastamento da mãe e do bebê e impedimento à amamentação na primeira hora de vida caracterizam-se como violência obstétrica, pois são prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, além de poderem repercutir negativamente no desfecho perinatal (CIELLO et al., 2012; DINIZ; DUARTE, 2004; OMS, 1996).

É importante destacar que qualquer profissional que esteja atuando no serviço em que a mulher recebe cuidados obstétricos, seja ele profissional de saúde ou não, pode cometer violência obstétrica. Esta pode ser caracterizada também pelo desrespeito à autonomia da mulher em relação aos procedimentos durante a gestação e parto. As intervenções obstétricas que deveriam ser utilizadas criteriosamente são utilizadas rotineiramente, o que torna o processo parturitivo uma vivência medicalizada em demasia (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2002; DINIZ; CHACHAM, 2006).

Esse processo de medicalização tem seu fundamento no modelo tecnocrático de assistência ao parto, que, segundo Davis-Floyd (2001), é uma

assistência padronizada e mecanicista, que concebe o corpo feminino como uma máquina que requer reparos e ingerência, pois é defeituosa por natureza.

Nesse cenário, a mulher é retirada da condição de sujeito do parto, cabendo ao profissional de saúde ocupar esse lugar, sendo o responsável pela condução ativa do processo. Esse modelo medicalizado da assistência ao parto submete as mulheres à condição de dominação, cerceando sua liberdade, aumentando a insegurança e limitando a autonomia durante a vivência ao parto (MAIA, 2010; NICIDA, 2020).

De igual forma, as intervenções rotineiras podem gerar um efeito cascata, pois uma intervenção pode gerar uma complicação que precisa de uma nova intervenção e assim sucessivamente. Portanto, o uso excessivo de recursos sem respaldo científico desnaturaliza o processo parturitivo, resultando em efetiva violência obstétrica (MAIA, 2010; SENA; TESSER, 2016).

Uma pesquisa evidenciou que as mulheres representaram socialmente a violência obstétrica como negligência, hostilidade, violência física e verbal. Tais condutas provocaram sentimento de desvalorização, insegurança e angústia por não permitirem que elas decidissem sobre seu próprio parto (RODRIGUEZ, 2016). Esses resultados vão ao encontro do que apontou um estudo com profissionais de enfermagem, segundo eles violência obstétrica é não respeitar a vontade da mulher (SANTOS et al., 2018).

No entanto, muitas vezes a violência é velada, ignorada ou suportada pelas mulheres. É frequente o relato de desconhecimento sobre a violência obstétrica e a dificuldade em reconhecê-la como uma violação de direitos. Em algumas situações, as mulheres que identificam tal violência suportam os atos devido à compreensão de submissão cultural existente entre paciente e profissional de saúde (RIBEIRO et al., 2020).

Ao discutir e refletir a construção social da violência obstétrica, na perspectiva dos profissionais de saúde, Santos (2017) concluiu que a violência obstétrica é banalizada, de modo a não permitir que o profissional repense suas práticas. A banalização restou evidenciada na desvalorização do sofrimento da parturiente e na naturalização da violência. Observou-se também que a violência obstétrica tem pouca visibilidade para a equipe de saúde, tornando-se uma prática velada.

Na visão de Trajano e Barreto (2021) é fundamental devolver a parturiente à centralidade no processo de parir, buscando inverter a relação desigual de poder entre mulher e profissional de saúde. Só com essa inversão a violência obstétrica poderá ser superada, pois devolver o protagonismo da mulher na gestação, parto e pós-parto é restaurar a sua condição de sujeito de direitos.

2.3 Caminhos para a prevenção da violência obstétrica

Diante dos apontamentos supracitados, pode-se inferir que a violência cometida por profissionais de saúde na assistência à gestação, ao parto e ao aborto está associada à grave morbimortalidade, pois tais condutas acarretam dificuldades ao acesso, qualidade e eficácia aos serviços de saúde (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Nesse contexto, Tesser et al. (2015) apontaram que dois tipos de medidas devem ser tomadas para prevenir a ocorrência desse agravo: medidas no âmbito da família e comunidade por meio do pré-natal; e medidas nos âmbitos social, política e institucional.

Ampliando essa discussão, Diniz et al. (2015) afirmaram que para identificar, mitigar e prevenir a violência obstétrica é necessário intervir em três vertentes: 1) Formação dos profissionais de saúde e remodelação da cultura organizacional; 2) Promoção da autonomia das mulheres e famílias, e 3) Visibilização do problema e responsabilização dos autores.

Para as finalidades desta investigação, foram abordadas as duas primeiras vertentes, considerando que são essenciais para a compreensão do fenômeno estudado.

2.3.1 Formação dos profissionais de saúde e remodelação da cultura organizacional

No âmbito da formação profissional percebe-se que o saber dos profissionais de saúde e a cultura organizacional têm um papel perpetuador da violência obstétrica. Com efeito, o ensino profissional é arraigado em práticas obsoletas e desnecessárias, ao passo em que a cultura organizacional estrutura-se com pouca flexibilidade às mudanças. Desta forma, o sistema mantém-se reproduzindo uma

assistência desrespeitosa que realiza escassas alterações profissionais e estruturais (DINIZ et al., 2015; TESSER et al., 2015).

Avaliando esse cenário, faz-se necessária uma alteração orgânica na formação dos profissionais de saúde. Para tanto, propõe-se a inclusão de disciplinas como ética, antropologia, direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos nos currículos acadêmicos. Igualmente, é cogente a mudança das práticas profissionais, pois a educação permanente em saúde deve ser também uma prioridade, a fim de construir uma comunicação eficaz com as usuárias, promover práticas baseadas em evidências científicas e valorizar a autonomia das mulheres nas decisões sobre seus cuidados (OMS, 2014; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; MEDEIROS et al. 2019).

Nessa perspectiva, Carvalho, Göttems e Guilhem (2020) avaliaram se os cursos de residência obstétrica de enfermagem e medicina em um estado brasileiro cumpriam as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de boas práticas em atenção ao parto normal. Concluíram que apenas o projeto político-pedagógico do curso de enfermagem atendia às recomendações, já o curso de medicina não apresentava essas recomendações de forma textual. Diante disso, é importante que tais projetos sejam revistos, visando oferecer uma formação adequada aos futuros profissionais.

Entende-se que a formação de enfermeiros obstetras precisa ser fortalecida tanto na perspectiva de práticas respeitosas, quanto referente à temática da violência obstétrica, posto que tais profissionais desenvolvem ações fundamentais na assistência às mulheres que podem reduzir a incidência desse agravo e transformar a realidade social existente (SILVA et al., 2020).

Em complementaridade, uma pesquisa realizada com enfermeiros residentes em obstetrícia evidenciou que as participantes compreendiam e atuavam conforme as boas práticas de assistência ao parto, ou seja, prestavam um cuidado baseado em evidência científica. As residentes relataram como desafio para uma atuação respeitosa a dificuldade de trabalhar em equipe, pois muitos profissionais não atuavam de acordo o que é preconizado pelas diretrizes nacionais e internacionais o que dificultava a integralidade da assistência (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017).

Estudo comparativo realizado num grande hospital na Etiópia evidenciou os impactos positivos do curso de atualização para a equipe de saúde, os benefícios de investimentos em melhoria física e organizacional da instituição. O curso versava

sobre cuidados centrados na mulher, cuidado materno respeitoso, comunicação paciente-profissional, estímulo à participação dos pacientes e familiares nas decisões e cuidados, comunicação com as equipes e ética em saúde. As alterações institucionais ocorreram com disponibilização de suprimentos e insumos, supervisão e apoio para a mudança de condutas profissionais (MIHRET et al., 2020).

Após tais reformulações, foram realizadas entrevistas com as usuárias do serviço e os dados apontaram melhoria expressiva no cuidado materno respeitoso, conjuntamente houve diminuição da violência física, do cuidado não consentido, da discriminação, do cuidado não confidencial e da negligência (MIHRET et al., 2020).

No campo das práticas assistenciais de enfermeiras obstetras, foi realizado um estudo num hospital do Gana com 14 enfermeiras para avaliar o impacto de um curso sobre cuidados maternos respeitosos. As profissionais foram entrevistadas quatro meses após o treinamento e compartilharam suas experiências de trabalho, apresentando melhora na comunicação com as gestantes, no respeito às escolhas e no reconhecimento da autonomia da paciente (DZOMEKU et al., 2021).

Logo, as medidas de redução e mitigação da violência obstétrica precisam ser discutidas desde a graduação, com estímulo aos futuros profissionais para repensarem suas práticas e embasarem a atuação em evidências científicas, visando à formação de profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a saúde materno e neonatal (SILVA et al., 2020). Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde é fundamental para que ocorram mudanças paradigmáticas, alterando percepções e condutas na assistência à mulher e à família.

Em vista disso, o processo para a prevenção da violência obstétrica perpassa por uma mudança de atitude profissional, com priorização do respeito e da humanização na assistência. Assim, a enfermeira precisa ser sensível às vulnerabilidades das pessoas assistidas, prestando um cuidado integral e respeitoso no processo parturitivo (MOURA et al., 2018).

2.3.2 Promoção da autonomia das mulheres e famílias

Outra vertente imprescindível para a prevenção da violência obstétrica é a promoção da autonomia das mulheres e famílias. Nesse sentido, é fundamental o oferecimento de um cuidado emancipatório que permita a autonomia da mulher nos

seus processos fisiológicos. Nesse caminho devem-se ofertar ferramentas para o resgate do seu protagonismo e para a identificação de situações de desrespeito (SANTOS et al., 2018).

O pré-natal, ensina Diniz et al. (2015), é o momento adequado para a realização de atividades de educação em saúde, com o objetivo de ofertar às usuárias informações necessárias para terem condições de realizar escolhas conscientes. No entanto, muitas mulheres não são informadas adequadamente, o que aumenta o risco de sofrerem violência obstétrica por desconhecimento dos seus direitos (SILVA et al., 2020; RATCLIFFE et al., 2016).

Na caminhada do pré-natal, um documento valioso para a promoção da autonomia é o plano de parto. Trata-se de um documento de caráter legal, em que a mulher, após ser informada sobre o processo parturitivo, pode sinalizar preferências e desejos para o seu trabalho de parto e parto, sob condições normais. Esse instrumento contribui para a diminuição do medo da mulher com base nas informações e comunicação proporcionadas, promove o aumento do controle da mulher sobre seus processos, o que repercute positivamente em sua satisfação (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

No mesmo sentido, Tesser et al. (2015) evidenciaram que o plano de parto pode ser construído coletivamente, por meio de rodas de gestantes com atividades educativas, ou de forma individual com o profissional pré-natalista. Esse processo construtivo deve ser dirigido por profissionais habilitados e sensíveis aos direitos das mulheres, para que também tenham a oportunidade de refletirem sobre seu papel na assistência ao parto e nascimento (MOUTA et al., 2017; MEDEIROS et al., 2019; DINIZ et al., 2015).

Segundo Trigueiro (2021), o plano de parto contribui para que a mulher desenvolva sua autonomia e empoderamento no processo de cuidado, pois ela passa a conhecer mais seus direitos e a descobrir os recursos disponíveis que darão mais conforto e segurança no parto e pós-parto. Por conseguinte, a construção desse documento é uma estratégia significativa na prevenção da violência obstétrica (TESSER et al., 2015).

O plano de parto é uma tecnologia do cuidado de enfermagem, pois é dinâmico, vivo, complexo e potencializador (MOUTA et al., 2017). Contudo, um estudo qualitativo apontou que as enfermeiras da Atenção Primária à Saúde (APS) têm escasso conhecimento sobre o plano de parto, mas se mostraram desejosas e

empenhadas a aprenderem sobre esse documento, sugerindo que ocorresse a inclusão institucional deste no processo de assistência às usuárias (BARROS et al., 2018).

Promover a implantação e assegurar o cumprimento do plano de parto influencia positivamente no processo fisiológico do parto e nos desfechos materno-fetais, melhora a comunicação paciente-profissional, aumenta o controle do processo parturitivo e amplia o grau de satisfação. Assim, são necessárias políticas para favorecer o seu uso e melhorar a sua execução (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017; MEDEIROS et al., 2019).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo está assentado na TRS de Serge Moscovici. Trata-se de uma teoria conceitual que lança luz necessária à compreensão do fenômeno social proposto por essa pesquisa, que é a violência obstétrica.

Entendendo que as representações são socialmente construídas, considera-se que as mulheres tenham representações comuns em suas vivências de processo parturitivo, e que isso provoque repercussões nas experiências, partilhas e significados do cuidado recebido.

Diante disso, analisar a violência obstétrica à luz da TRS pode oferecer subsídios para compreender o pensamento social partilhado pelas mulheres e repensar práticas e condutas, com a finalidade de melhorar as experiências na gestação e parto.

3.1 A Teoria das Representações Sociais

A TRS possui como fonte o conceito de representações coletivas, proposto pelo sociólogo francês Emile Durkheim em 1912. A teoria surgiu como uma metodologia da Psicologia Social e busca compreender os fenômenos coletivos e as normas que conduzem o pensamento social (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011; PALMONARI; CERRATO, 2014).

Os estudos sobre as representações sociais apresentam-se como um projeto teórico situado na intersecção entre a Psicologia e a Sociologia, transpondo uma possível dicotomia, posto que se situa no campo da interface indivíduo-coletivo. O indivíduo, como agente ativo social, busca internalizar os sistemas de significado que são operacionais, em paralelo com os níveis coletivo e individual (JESUÍNO; MENDES; LOPES, 2015). Nesse sentido, Moscovici (2015, p.16) afirmou que “o fenômeno das representações está, por isso, ligado aos processos sociais implicados como diferenças na sociedade”.

Na perspectiva da construção de comportamentos, Jodelet (2001) ressaltou que representações sociais constroem o arcabouço do saber do senso comum, ao tratar de uma forma de conhecimento e partilha de uma realidade comum a um

contexto social. Nesse sentido, as representações sociais têm a capacidade de influenciar o comportamento de indivíduos de uma mesma comunidade. Desta forma, conhecer as representações sociais de mulheres sobre violências sofridas no processo parturitivo expõe como essas mulheres compreendem o momento vivido e como interpretam e partilham tal experiência entre seus pares.

Para corroborar esse pensamento, Moscovici (2015) referiu que representação social é um sistema de valores, ideias e práticas. Esse sistema tem a primeira função de estabelecer uma ordem às pessoas, de forma que as orientem em seu mundo material e social; e a segunda função de possibilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade, instrumentalizando a nomeação e a codificação dos aspectos de sua história.

As representações sociais também organizam-se conforme três sistemas de comunicação: propagação, difusão e propaganda, os quais, segundo Vala (2006) dão forma ao conhecimento e contribuem para o estabelecimento de intercâmbios comunicativos entre emissor e receptor. Moscovici (1978) endossa que, da mesma forma que existem diferentes sistemas de comunicação e conversações em níveis interpessoais, há também diferentes sistemas de comunicação midiáticos que moldam o pensamento social de diferentes formas.

Os três sistemas de comunicação foram classificados de acordo com o propósito e a lógica da mensagem e o contexto sócio-histórico que a gerou. Assim, a propagação tem a finalidade de incluir, organizadamente, uma informação nova no sistema de valores do grupo, buscando acomodar o novo saber a princípios já estabelecidos (VALA, 2006).

A **difusão** visa à indiferenciação entre a fonte e os receptores da comunicação, não se dirige a um público específico, pois tem como objetivo criar um saber comum, dando margem para o surgimento de opiniões diversas. No tocante à **propaganda**, compreende-se como uma forma de comunicação que carrega como característica a persuasão; por meio da manipulação do saber há a construção de estereótipos com vistas a estabelecer a identidade do grupo (VALA, 2006).

Desse modo, segundo Arruda (2014), a TRS aponta a representação social como elemento de comunicação e de apreensão do movimento, seja na cultura observada no âmbito nacional, local ou institucional, à medida que trata das formas de simbolizar os pensamentos, de conduta e de ação.

Ao discutir a estrutura das representações, Moscovici (1978) sintetiza três dimensões basilares presentes nas representações sociais: informação (conceitual), atitude (atitudinal) e campo de concentração ou imagem (imagética).

A **informação** diz respeito à organização dos conhecimentos de um determinado grupo a respeito de um objeto social. A **atitude** se refere à orientação global de comportamento que se tem em relação ao objeto da representação social, se refere à conduta ou posição tomada em relação ao objeto representado. Por sua vez, o **campo de concentração** ou **imagem** faz alusão à dimensão imagética, ou seja, remete a ideia de imagem, modelo social, refere-se ao arranjo dos elementos já estruturados na representação (MOSCOVICI, 1978).

Partindo do pressuposto de que não existe realidade objetiva, representar significa rerepresentar, apreender um significado subjetivo e inconsciente. Tal significado é apropriado e reconstituído pelo indivíduo ou grupo e integra seu sistema de valores, que é influenciado pela sua história e seu contexto. Então, a representação seria o desvelar da subjetividade das construções e concepções da realidade de uma pessoa (MORERA et al., 2015).

3.2 Abordagens processual e estrutural das Representações Sociais

Para uma maior compreensão da formação das representações sociais, desenvolveram-se abordagens teórico-metodológicas distintas para estudar tal fenômeno, são elas: societal, liderada por Willem Doise; processual ou culturalista, fomentada por Serge Moscovici e Denise Jodelet; e a estrutural, proposta por Jean-Claude Abric. Neste trabalho, serão destacadas as abordagens processual e estrutural (ALMEIDA, 2005).

A abordagem processual compreende as representações sociais como o estudo dos processos por meio dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo, integrando as dimensões sociais e culturais com a história. Permite apreender o conteúdo das representações, ou seja, seus elementos constituintes, que podem ser: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens. Utiliza métodos de enquete, entrevista, questionário ou tratamento de material verbal registrado em documento (JODELET, 2001).

Tal abordagem versa sobre como as representações sociais circulam entre os sujeitos e como eles as produzem. Leva em consideração aspectos constituintes das representações sociais e como elas são disseminadas. Neste enfoque, a compreensão é de que as representações são motivadas a partir das necessidades dos diversos grupos (BANCHS, 2000).

No que se refere às funções das representações, Moscovici (2015) afirmou que primariamente elas orientam as pessoas em seu mundo material e social, por meio de uma organização comum. Deste modo os sujeitos terão condições de controlá-lo e de tomar decisões individuais e coletivas. Secundariamente, ao oferecer métodos de nomeação aos diversos aspectos do seu mundo e da sua história, as representações promovem o diálogo franco entre os integrantes de um grupo.

Através dessa comunicação o grupo constrói um consenso quanto à visão da realidade social. Essa visão se tornará um norte para ações e trocas de signos entre os sujeitos. Diante disso, o estudo das representações permite compreender os significados que o grupo, ou indivíduo, conferem a um objeto, e permite entender a articulação dos seus significados com as emoções, desejos e interesses (JODELET, 2001; 2009).

Segundo Jodelet (2009), os sujeitos são atores sociais ativos, inseridos num contexto interativo e não indivíduos isolados. Mas esse entendimento não pretere os processos que operam em nível individual. Para a autora, seria reducionista não valorizar os processos cognitivos, emocionais e de experiências de vida que os sujeitos se apropriam e por meio dos quais constroem suas representações.

A teórica prossegue afirmando que “a participação no mundo e na subjetividade passa pelo corpo: não há pensamento desencarnado, flutuando no ar”. Em consequência, é fundamental o entendimento dos sentimentos e experiências das mulheres na intensa experiência corporal que é gestar e parir. Para isso, se faz necessário integrar os fatores emocionais e identitários ao constructo do lugar social e da estrutura das representações sociais (JODELET, 2009, p. 697).

Pelo prisma estruturalista, “toda representação está organizada em torno de um núcleo central que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna”. Assim, a abordagem estrutural se sustenta na Teoria do Núcleo Central (TNC) para compreender a estrutura de uma representação social (ABRIC, 2001, p.163).

Conforme Abric (2001), uma representação é um sistema pré-codificado da realidade, porque ela estabelece uma gama de ideias e expectativas que se apresentam de forma hierarquizada. Destarte, a abordagem estrutural mira seus estudos no campo estruturado e aborda o campo semântico, o núcleo estruturante e o conjunto de significados por meio de diferentes métodos de associações de palavras, considerando um sistema constituído pelos seus elementos centrais e periféricos (ABRIC, 2003).

Nessa abordagem, a TNC proporciona a compreensão das lógicas sociocognitivas nas organizações gerais das representações sociais, tendo no sistema central, o lugar de consenso da representação. Assim sendo, é possível a identificação do objeto da representação social que está centralizado em um núcleo central consistente (SÁ, 1998).

Esse núcleo central é determinado pela natureza do objeto, pela maneira como o grupo se relaciona com ele e pelo sistema de normas sociais formadores do meio socioideológico. É em torno desse núcleo que a representação social se estrutura, pois ele é o elemento mais estável e mais resistente a mudanças da representação (ABRIC, 2001).

O núcleo central, segundo Abric (2001, p. 19), é “constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado”, nesse sentido ele assegura o funcionamento de duas funções essenciais, a saber: uma geradora, através do qual os outros elementos irão tomar um sentido; e, uma organizadora, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação.

Portanto, a alteração da representação social somente é possível com a modificação do seu núcleo. Em contrapartida, os demais elementos constituintes da representação, denominados elementos periféricos, são mais acessíveis, dinâmicos e concretos. Esses elementos cumprem, simultaneamente, as funções de: concretização, regulação e defesa (ABRIC, 2001).

A função de concretização permite a adaptação à realidade concreta. A regulação, por sua vez, apresenta características de mobilidade e evolução. A função de defesa, por outro lado, cria o espaço onde poderão surgir as contradições, a fim de proteger a significação central da representação (ABRIC, 2001).

Desta forma, a identificação da representação social, e dos seus elementos central e periférico, necessita da comunicação com o indivíduo e com o grupo, buscando compreender o pensamento do indivíduo isolado, e se há alteração na

relação com o grupo ou com outros fatores sociais específicos que possam subordinar algumas características da representação social (ABRIC, 2003).

Ainda na perspectiva da abordagem estrutural, as representações sociais respondem a quatro funções essenciais: 1) Função de saber: as representações permitem compreender e explicar a realidade que os cerca; 2) Função identitária: as representações definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos; 3) Função de orientação: as representações guiam os comportamentos e as práticas; 4) Função justificadora: permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos (ABRIC, 2000).

A partir da compreensão dessas funções, acrescida ao arcabouço teórico-metodológico da TRS anteriormente apresentado, a apreensão dos conteúdos e estruturas das representações de mulheres traz contribuições para a identificação dos conceitos e pensamentos que são construídos e partilhados socialmente. Diante disso, será possível planejar ações que visem suprir as demandas dessas mulheres e contribuir para a identificação e a prevenção da violência obstétrica em todas as suas manifestações.

4 CAMINHAR METODOLÓGICO

4.1 Tipo e natureza da pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa fundamentada na TRS.

O estudo descritivo-exploratório permite o conhecimento sobre determinado assunto, auxilia a descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade. Quando uma situação é pouco conhecida e precisa-se de maiores informações sobre o fenômeno, o estudo descritivo é um método importante para esse desvelar. Complementarmente, a pesquisa exploratória visa desenvolver e transformar conceitos em hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, além de revelar novas pistas a problemas da realidade social, agora por meio de novos prismas focalizados na pesquisa (GIL, 2021).

Já a abordagem qualitativa permite o esclarecimento de uma determinada situação. É um método aplicado para compreensão dos valores, atitudes, representações das crenças, percepções e opiniões oriundas de interpretações pessoais. Essa compreensão é incoerente com a quantificação, precisando ser exposta e interpretada com toda a riqueza de detalhes pelos próprios pesquisados (MINAYO, 2014).

A fundamentação na TRS, proposta por Moscovici (2015), contribui para a compreensão das significações do fenômeno estudado, das interações sociais, dos sentidos construídos pelos sujeitos, revelando conceitos e proposições que se manifestam como elementos cognitivos.

4.2 Local da pesquisa

O local de pesquisa foi na cidade de Jequié, localizado na região sudoeste da Bahia, que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, possuía uma população de 151.895 habitantes, e uma população de 162.209 habitantes estimada para 2017 (IBGE, 2010).

No período da coleta de dados o município de Jequié/BA possuía 19 Unidades de Saúde da Família (USF), contemplando 17 USF na zona urbana,

sendo nove USF com equipes duplas e oito USF com equipe única e duas USF na zona rural, ambas de equipe única. Além dessas unidades, o município ainda conta com quatro Centros de Saúde (CS) que oferecem atendimento multidisciplinar e possuem assistência ao pré-natal. Para a realização do estudo, serão incluídas todas as USF da zona urbana e rural e os Centros de Saúde.

No que tange à atenção obstétrica hospitalar, o município conta com um hospital-maternidade filantrópico, que realiza atendimento pelo SUS e está vinculado à Estratégia da Rede Cegonha desde a sua inauguração em 2012.

Os atendimentos abrangem média e alta complexidade, realizando atendimentos ambulatoriais e hospitalares. A maternidade possui 52 leitos obstétricos, dos quais 10 são apartamentos no modelo pré-parto/parto/puerpério (PPP) compondo o Centro de Parto Normal (CPN). Esse setor atende mulheres em processo parturitivo e permite o acompanhante de sua escolha. Os partos são assistidos por Enfermeiras Obstetras, prioritariamente, e por Médicos Obstetras em caso de complicações ou necessidade de avaliação específica (BRASIL, 2019).

4.3 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa foram mulheres que viveram o trabalho de parto e parto normal na maternidade de referência e atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, estar cadastrada na USF ou CS, ter tido parto normal entre os anos de 2017 e 2021 na maternidade vinculada a USF/CS. Os critérios de exclusão foram: não ter condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para participar da pesquisa.

Na primeira fase o estudo teve como participantes 101 mulheres que responderam ao questionário sociodemográfico/obstétrico e participaram da técnica de evocação livre de palavras (APÊNDICE A), utilizando-se o estímulo indutor “violência no parto”.

A amostra de 101 mulheres foi estabelecida pela amostragem intencional não probabilística. Assim, a seleção de elementos para a amostra não é necessariamente feita com o objetivo de representar estatisticamente a população. De maneira oposta, o pesquisador utiliza métodos subjetivos para selecionar os elementos da amostra (HAIR Jr et al., 2005).

Na segunda fase foi realizada a entrevista semiestruturada seguindo um roteiro com questões disparadoras (APÊNDICE B) com 30 mulheres, considerando a saturação empírica dos dados.

4.4 Instrumento e técnica para coleta de dados

Diante do contexto da pandemia da COVID-19 e da necessidade de distanciamento social, surgiram impossibilidades para a realização da coleta de dados de forma presencial, emergindo a necessidade de repensar e adaptar essa etapa da pesquisa ao ambiente virtual.

Assim, a coleta de dados ocorreu por meio de chamadas via *WhatsApp* ou Plataforma *Google Meet*, levando em conta o meio virtual que se encaixasse melhor na possibilidade da participante. O processo de coleta aconteceu da seguinte forma:

1. As participantes foram informadas primeiramente por meio da enfermeira que prestou assistência ao pré-natal ou a que estava vinculada ao serviço no momento, posteriormente contatadas através de ligação telefônica, sendo informadas sobre a pesquisa, sua relevância, os métodos e técnica de coleta de dados;
2. A partir daí, foram convidadas a participarem, sendo informadas de antemão sobre sua participação livre e voluntária e desistência a qualquer momento;
3. Posteriormente, conforme aceite da participante, foi enviado o termo de consentimento por meio de formulário do *Google Forms* para leitura e preenchimento;
4. Somente após a leitura, preenchimento e aceite do termo de consentimento pelas participantes é que foi iniciada a coleta de dados;
5. Na primeira etapa da coleta a participante respondeu ao questionário sociodemográfico/obstétrico e realizou a técnica de evocação livre de palavras via formulário *Google Forms*, posteriormente participou da entrevista semiestruturada via chamadas de vídeo com uso do aplicativo *WhatsApp* ou *Google Meet*. O áudio da entrevista foi gravado com auxílio de outro aparelho *smartphone* para posterior transcrição.

No intuito de melhor caracterização das participantes da pesquisa, o questionário trouxe as informações sociodemográficas (idade, estado civil, raça/etnia,

escolaridade, renda familiar e profissão/ocupação) e obstétricos (gestações anteriores, partos anteriores, aborto, consultas de pré-natal, trabalho de parto espontâneo, procedimentos nos partos anteriores e filhos vivos).

Já a técnica de evocação livre de palavras tem caráter espontâneo e dimensão projetiva, pois por meio dos elementos citados é possível acessar o universo semântico do objeto estudado. Essa técnica consiste em apresentar uma palavra ou expressão, chamada de termo indutor, e solicitar que a participante fale cinco palavras ou expressões que lhe venham imediatamente à mente (SÁ, 1998).

A técnica permite confirmar ou confrontar dados, sendo importante sua associação com outros métodos de coleta de dados. A espontaneidade de liberar as expressões através de palavras soltas também é outro fator importante dessa técnica, onde o tempo é aspecto fundamental. Quanto mais rápido for registrada a resposta, melhor o resultado. Muito tempo gasto na busca de palavras mais adequadas ou sofisticadas podem modificar os resultados da pesquisa (COUTINHO; BÚ, 2017).

A técnica de evocação livre de palavras objetivou descrever a estrutura das representações de mulheres sobre a violência obstétrica e reconhecer o núcleo central dessas representações, segundo a abordagem estrutural da TRS.

No tocante à entrevista semiestruturada, consiste em uma técnica na qual o investigador, por meio de um guia de perguntas, busca obter dados que interessem à investigação. Tal guia é flexível, permitindo que o conteúdo da entrevista alcance amplitude e ao mesmo tempo pessoalidade, pois cada entrevistado se manifesta de maneira peculiar perante os questionamentos (GIL, 2021; DYNIEWICZ, 2014).

O objetivo da entrevista foi identificar o conteúdo das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica e compreender a relação dessas representações com as violências vividas no processo parturitivo, segundo a abordagem processual da TRS. Assim, a entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado, que abordou questões sobre três temas: orientações no pré-natal, pensamento sobre violência obstétrica e vivência do processo parturitivo.

Na coleta utilizou-se o critério de saturação dos dados que, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), é a suspensão de inclusão de novos participantes na pesquisa a partir do momento em que ocorre repetição ou redundância, não sendo relevante continuar a coleta de dados. Desse modo, as novas informações

não contribuirão significativamente para a reflexão teórica fundamentada nos dados que serão coletados.

Nesse sentido, a saturação das entrevistas ocorreu a partir da 27ª entrevista, entretanto foram realizadas mais 3 entrevistas, no intuito de reforçar a percepção, totalizando 30 entrevistas.

O período da coleta de dados se deu entre os meses de janeiro e junho do ano de 2021.

4.5 Análise de dados

Para processar os dados coletados foram utilizados os seguintes *softwares*: para as evocações livres, o *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC); para as entrevistas, o *Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ).

Os dados obtidos pelas evocações utilizando a expressão indutora “violência no parto” foram analisados através do *software* (EVOC) versão 2005, proposto por Pierre Vergés, que obtém como critérios a frequência e a ordem de surgimento dos termos evocados. Esse *software* promove a construção do quadro de quatro casas (ou diagrama de quatro quadrantes) constituído pelos elementos centrais, de primeira e segunda periferia e de contraste, propiciando a análise prototípica (ABRIC, 2003; SÁ, 1996).

Entende-se por análise prototípica uma técnica desenvolvida especificamente pelo campo de estudo de representações sociais que busca identificar a estrutura representacional a partir dos critérios de frequência e ordem de evocações das palavras provenientes de uma técnica de evocações livres. Os dados possibilitam organizar os termos em função da sua hierarquia, frequência e ordem média de evocações (*rang*) permitindo a construção do quadro de quatro casas (ABRIC, 2003; VERGÈS, 1994).

Após a coleta dos dados, realizou-se a unificação das evocações no *corpus*. Inicialmente, fez-se a correção ortográfica e padronização de termos, agruparam-se os termos sob a mesma designação e com significação comum formando um dicionário de campo semântico. Deste modo, a análise prototípica produziu o quadro de quatro casas.

Buscando detectar o grau de conexidade dos diversos elementos da representação realizou-se a análise de similitude por coocorrência, foi construída a partir do cálculo dos índices de similitude que considerou somente as participantes que evocaram, pelo menos, duas palavras do referido quadro. Diante disso, a análise de similitude é o resultado do número de conexões entre cada par de palavras mais evocadas divididas pela quantidade de participantes incluídos na análise (SÁ, 1996).

A partir dos índices de similitude construiu-se a árvore máxima de similitude, a qual permite identificar a intensidade das ligações entre as evocações, analisar as relações entre os termos e perceber a conotação assumida por cada cognição (PECORA; SÁ, 2008).

Os dados produzidos pelas entrevistas foram processados pelo IRAMUTEQ, que é ancorado no software R e na linguagem de programação *Python*. O IRAMUTEQ permite a abordagem processual das representações sociais, pois auxilia o processo de codificação dos elementos trazidos por meio da coleta de dados. Essa ferramenta metodológica permite ao pesquisador familiarizar-se com os dados, destacar padrões, identificar os temas, possibilitando que eles sejam tratados durante a análise (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Vale ressaltar que o uso desse *software* não é um método de análise de dados, mas, uma ferramenta para processá-los. Nesse sentido, seu produto é um instrumento de investigação, e através desse resultado o pesquisador busca a associação em seu material de pesquisa, já que a interpretação desses resultados é sua responsabilidade (LALHOU, 2012, CAMARGO; JUSTO, 2013).

Pode-se fazer diversos processamentos textuais no IRAMUTEQ, desde análises simples até análises mais complexas e multivariadas, como é o caso da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), método que foi utilizado para a análise textual nesta pesquisa.

A CHD é um método que classifica os segmentos de texto em função dos seus vocabulários, e esses conjuntos são divididos de acordo com a sua frequência. Esses segmentos são dimensionados pelo *software* e nomeados de Segmentos de Texto (ST). Essa interface permite, com base no *corpus* original, a recuperação dos ST e a associação de cada um, promovendo o agrupamento dos termos estatisticamente significativos, abrindo possibilidade para uma análise qualitativa dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esse processamento textual visa obter classes de segmentos de texto que são semelhantes entre si e diferentes de outras classes. Desta forma, o *software* ilustra as relações das classes através de um dendograma da CHD, essa apresentação em forma de matrizes permite analisar aspectos de uma representação social ou campos de imagens sobre um dado objeto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Por conseguinte, os dados foram interpretados e discutidos à luz do referencial teórico e dos achados da literatura. Além disso, foram apresentados os segmentos de texto mais representativos de cada classe, observando os elementos textuais com maior destaque.

4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esses atos normativos estabelecem procedimentos para a realização de pesquisas com seres humanos que utilizem dados obtidos diretamente com os participantes ou que possam apresentar-lhes riscos (BRASIL, 2012). Em atenção às regras vigentes, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o Parecer nº 4.565.524/2019, CAAE 26399819.4.0000.0055 (ANEXO A).

Importante destacar que a coleta de dados iniciou-se apenas após a autorização pelo órgão competente (ANEXO B), e as entrevistas somente foram realizadas após o preenchimento do termo de consentimento pela participante (APÊNDICE C).

Para garantir o anonimato das mulheres participantes em todas as fases da pesquisa, estas foram identificadas com palavra “Participante” seguida de um número de 1 a 30, correspondente à ordem de sua participação na entrevista.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão desta investigação são apresentados em dois manuscritos científicos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados. Os citados manuscritos visam atender aos objetivos propostos por este estudo.

O primeiro manuscrito, intitulado “Representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica segundo a abordagem estrutural”, tem 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. Este manuscrito será submetido à Revista de Enfermagem Referência da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. As normas para os autores encontram-se no seguinte link: <https://rr.esenfc.pt/rr/?module=rr&target=page&id=11680>

O segundo manuscrito, intitulado “Abordagem processual das representações sociais de mulheres: a violência obstétrica como coisificação da mulher”, tem como objetivos: apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica e compreender a relação das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo. Este manuscrito será submetido à Revista Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. As normas para os autores encontram-se no seguinte link: <https://www.scielo.br/journal/sausoc/about/#instructions>.

33 women who answered the technique of free evocation of words in a virtual way. All ethical
34 precepts were respected.

35 **Results:** The terms most evoked by women were “disrespect”, “aggressiveness” and “pain”.
36 Such terms can be understood as the central core of social representation, as they had
37 greater salience and, according to the similarity analysis, a strong associative power.

38 **Conclusion:** The social representations of women in this study about violence during
39 childbirth are centered on aggressiveness, disrespect and pain, elements structured in the
40 following dimensions: conceptual, imagery, attitudinal and affective.

41 **Keywords:** obstetric violence; battered women, natural childbirth, social cognition.

42

43 **Resumen**

44 **Marco contextual:** Dada la necesidad de conocer y nombrar las creencias, valores y
45 vivencias que permean la vivencia de la violencia obstétrica, es fundamental comprender
46 cómo las mujeres representan este problema.

47 **Objetivos:** Describir la estructura representativa de las mujeres sobre la violencia obstétrica
48 y reconocer el núcleo central de las representaciones sociales de las mujeres sobre la
49 violencia obstétrica.

50 **Metodología:** Estudio con enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la
51 Teoría de las Representaciones Sociales en su enfoque estructural. Los participantes fueron
52 101 mujeres que respondieron a la técnica de evocación libre de palabras de forma virtual.
53 Se respetaron todos los preceptos éticos.

54 **Resultados:** Los términos más evocados por las mujeres fueron “falta de respeto”,
55 “agresividad” y “dolor”. Dichos términos pueden entenderse como el núcleo central de la
56 representación social, ya que tenían mayor protagonismo y, según el análisis de similitud, un
57 fuerte poder asociativo.

58 **Conclusión:** Las representaciones sociales de las mujeres de este estudio sobre la
59 violencia durante el parto se centran en la agresividad, la falta de respeto y el dolor,
60 elementos estructurados en las siguientes dimensiones: conceptual, imaginaria, actitudinal y
61 afectiva.

62 **Palabras clave:** violencia obstétrica, mujeres maltratadas, parto normal, cognición social.

63

64 **Introdução**

65 O processo de parir e nascer teve diversas mudanças ao longo do tempo, com a
66 finalidade de reduzir a alta mortalidade materna e fetal. A cena do parto sofreu alterações
67 profundas na assistência ao estabelecer a medicalização do corpo feminino. Diante disso, a
68 hospitalização do parto contribuiu para melhoria da saúde materno-fetal, porém transformou

69 a mulher em propriedade institucional no processo de parto e nascimento (Seibert et al.,
70 2005; Medeiros, 2021).

71 Nessa perspectiva, naturalizou-se que os procedimentos técnicos inerentes ao parto
72 são adotados no intuito de que tudo ocorra bem, por conseguinte, as mulheres têm pouca
73 autonomia sobre seus processos reprodutivos, evidenciando uma subordinação frente às
74 decisões do profissional que as assistem (Jardim & Modena, 2018; Medeiros, 2021; Campos
75 et al., 2020).

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

82 As repercussões dessa violência na vida da mulher podem ter proporções
83 momentâneas ou que refletem por toda a vida. Então se faz necessária a melhor
84 compreensão das crenças, valores e experiências que permeiam a vivência do processo
85 parturitivo a partir das interações sociais. Diante disso, o estudo das representações sociais
86 permite conhecer os elementos cognitivos, simbólicos, afetivos e conceituais que são
87 formulados pelos indivíduos no processo interativo com sua realidade social (Moscovici,
88 1978).

89 Desta forma, o presente estudo tem como objetivos descrever a estrutura
90 representacional de mulheres sobre a violência obstétrica e reconhecer o núcleo central das
91 representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica.

92

93 **Enquadramento**

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

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

105 Pesquisa com mulheres no puerpério imediato averiguou que a maioria das
106 participantes não sabia identificar uma violência obstétrica e não tinha ouvido o termo
107 previamente. Tal fato demonstra um desconhecimento das mulheres sobre seus direitos
108 sexuais e reprodutivos, bem como, aumenta sua exposição às ocorrências deste tipo de
109 agravo considerando a vulnerabilidade causada pela desinformação (Nascimento, 2019).

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

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

122 Pelo prisma da identificação das faces da violência obstétrica, estudo realizado na
123 Etiópia evidenciou as diversas experiências durante o trabalho de parto e parto em unidades
124 de saúde, destacando que as mulheres vivenciaram sentimentos de infantilização,
125 abandono, negligência, foram submetidas a exames repetitivos sem consentimento e
126 negada à presença de acompanhante. Tais formas de desrespeito e abuso as deixaram com
127 sentimentos negativos em relação a uma nova necessidade de utilização do serviço de
128 saúde (Gebremichael et al., 2018).

129 Nessa mesma vertente, um inquérito de base nacional brasileira investigou a
130 associação entre violência obstétrica durante o parto e depressão pós-parto, ressaltando
131 que o desrespeito e abuso durante o parto parecem contribuir para sintomas pós-
132 traumáticos e podem ser associados a graves problemas de saúde mental no pós-parto,
133 inclusive o desenvolvimento de depressão pós-parto (Leite et al., 2020).

134 Por conseguinte, a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e um
135 grave problema de saúde pública, sendo fundamental compreender como as mulheres
136 percebem essa violência e quais repercussões esses atos provocam na saúde materna e
137 fetal (Jardim & Modena, 2018).

138

139 **Questão de Investigação**

140 Como se estruturam as representações sociais de mulheres sobre violência
141 obstétrica?

142 **Metodologia**

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

148 O estudo foi desenvolvido com 101 mulheres, selecionadas por conveniência, e
149 vinculadas às unidades de saúde da atenção básica de um município do interior da Bahia,
150 Brasil. Os critérios de inclusão foram: ter tido pelo menos um parto normal na maternidade
151 pública de referência do município entre os anos de 2017 e 2021 e ter realizado pré-natal na
152 rede pública de saúde. Os critérios de exclusão foram: ter tido uma cesariana, não ter
153 condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para participar da pesquisa.
154 A escolha por mulheres que tiveram parto normal decorreu da necessidade de assegurar a
155 homogeneidade no grupo para melhor compreensão da representação social.

156 O processo de coleta de dados ocorreu de forma virtual, por meio de um formulário
157 do *Google Forms*, entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2021. O contato com as
158 mulheres foi viabilizado com o auxílio da enfermeira de cada unidade que intermediou o
159 encaminhamento do formulário às mulheres que atendiam aos critérios de inclusão.
160 Ressalta-se que as mulheres só participaram da pesquisa após o aceite do termo de
161 consentimento livre e esclarecido.

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

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

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

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

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

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

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

194 A pesquisa é um recorte de dissertação de mestrado “Pensamentos e vivências de
195 mulheres: representações sociais sobre a violência obstétrica” e respeitou todas as
196 questões éticas inerentes às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de
197 Ética em Pesquisa para o desenvolvimento de investigação com seres humanos, sendo
198 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste
199 da Bahia (UESB) sob o Parecer nº 4.565.524/2019, CAAE 26399819.4.0000.0055.

200

201 **Resultados**

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

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

212 Como resultado da técnica de evocações livre de palavras ao estímulo indutor
213 “violência no parto” foram evocadas 494 palavras pelas participantes, sendo 91 palavras

214 diferentes. O *rang* ou ordem média das evocações (OME), calculado com auxílio do EVOC,
 215 foi três e a frequência média 22. No total, 10 termos integraram a estrutura das
 216 representações sociais sobre a violência obstétrica das entrevistadas, sendo gerado o
 217 quadro de quatro casas ilustrado na tabela 1.

218

219 **Quadro 1**

220 Quadro de quatro casas formado pela evocação das mulheres diante do termo indutor
 221 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

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

224 Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

225

226 O quadrante superior esquerdo apresenta o provável núcleo central da
 227 representação, com cognições mais frequentes e prontamente evocadas pelas mulheres
 228 (Sá, 2002). Está integrado por elementos que definem a violência no parto como condutas
 229 de “agressividade” e “desrespeito” que geram “dor”, configurando-se como os principais
 230 organizadores de toda a representação.

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

236 Na segunda periferia situam-se os elementos evocados tardiamente, apresentam
 237 uma OME elevada e baixa frequência, possibilitam a percepção de sentidos atribuídos pelas
 238 mulheres no que concerne às atitudes dos profissionais que praticam tal violência, os termos

239 “desumano”, “falta de amor” e “falta de cuidado” expressam como tais ações são
240 compreendidas pelas participantes.

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

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

251

252

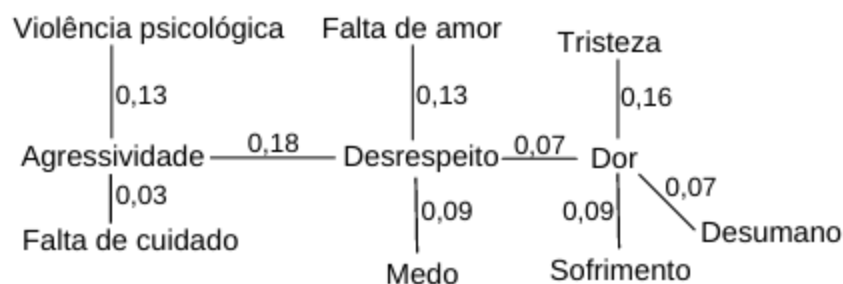
253

254

255

256

257



258 **Figura 1**

259 Árvore Máxima de Similitude, construída a partir das evocações das mulheres frente ao
260 estímulo violência no parto.

261 Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

262

263 Diante da imagem gráfica, ressalta-se a importância que a cognição “desrespeito”,
264 situada no núcleo central do quadro de quatro casas, assume na estrutura representacional,
265 uma vez que possui mais conexões intensas e possui o maior índice de similitude da árvore
266 (0,18), ligado à palavra “agressividade”, confirmando a presença marcante dessa construção
267 simbólica no sistema de pensamento dessas mulheres.

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

274 Partindo desse critério, percebe-se que “tristeza” apresenta a segunda maior
275 conexidade como o termo “dor” (0,16) e, “violência psicológica” liga-se fortemente ao termo

276 central “agressividade” (0,13), sendo que “tristeza” e “violência psicológica” situam-se na
277 primeira periferia da análise estrutural. Assim, esses elementos podem ser considerados,
278 por hipótese, como pertencente ao núcleo central da representação social das mulheres
279 sobre violência no parto.

280

281 **Discussão**

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

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

293 Ampliando essa classificação, Campos e Rouquette (2003) afirmaram que uma
294 representação social não é um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos, mas,
295 uma estrutura perpassada por diversas dimensões, e uma dessas dimensões estruturantes
296 é o componente afetivo, ou seja, o pensamento social também é mediado por uma
297 dimensão afetiva.

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

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

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

313 julgamento das mulheres sobre a violência obstétrica, apontando a dimensão conceitual
314 dessa representação social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

384 A evocação “falta de amor” encontra-se na segunda periferia e sinaliza um campo
385 afetivo no qual as mulheres entendem que o profissional que presta o cuidado é desprovido
386 de amor ao cometer uma violência obstétrica. Os outros dois termos que também se

387 situaram na segunda periferia foram “desumano” e “falta de cuidado”, ambos expressam
388 conceitos e condutas que as participantes entendem como violência no parto.

389 Segundo Diniz et al. (2015), a desumanização do cuidado é um obstáculo a ser
390 superado para a garantia da assistência de qualidade materna e neonatal, sendo oportuno
391 destacar que o descaso, a negligência e o abandono dos profissionais de saúde têm
392 implicações diretas sobre as experiências das mulheres no parto e os possíveis desfechos
393 deste. Assim, compreender como as mulheres representam socialmente a violência no parto
394 é um importante passo para construir estratégias, a fim de erradicar e prevenir tal problema.

395 Reconhece-se que as limitações desse estudo estão relacionadas ao fato de a
396 pesquisa ter sido realizada apenas com mulheres que tiveram parto vaginal o que pode ter
397 proporcionado um olhar diferente se comparado às mulheres submetidas a uma cesariana.
398 Ademais, a reduzida produção sobre representações sociais de mulheres sobre violência
399 obstétrica obstou a ampliação da discussão.

400

401 **Conclusão**

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

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

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

420

421 **Contribuição de autores**

422 Conceptualização: Nascimento, E.M., Rodrigues, V.P.

423 Tratamento de dados: Nascimento, E.M.

424 Investigação: Nascimento, E.M.

425 Metodologia: Nascimento, E.M.

426 Redação – rascunho original: Nascimento, E.M., Rodrigues, V.P.

427 Redação – análise e edição: Nascimento, E.M., Rodrigues, V.P.

428

429 **Referências bibliográficas**

430 Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos
431 recentes. In Campos, P. H. F. & Loureiro, M. C. S. (Coord.), *Representações sociais e*
432 *práticas educativas* (pp. 37-57). UCG.

433 Aguiar, E. M. G., & Rodrigues, M. S. (2018). Violência obstétrica durante o processo de
434 parturição: relato de mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas
435 Gerais. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 6 (Especial).

436 <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/109/131>

437 Andrade, P. D. O. N., Silva, J. Q. P. D., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. D. F. C. (2016).

438 Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma
439 maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde*
440 *Materno Infantil*, 16, 29-37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>

441 Campos, P. H. F. & Rouquette, M. L (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das
442 representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (3), 435-445.

443 <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300003>.

444 Campos, V. S., Morais, A. C., Souza, Z. C. S. N. & Araújo, P. (2020). Práticas convencionais
445 do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. *Revista Baiana de*
446 *Enfermagem*, 34, e35453. <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35453>

447 Carneiro, R (2015). “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e
448 suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 00 (20), 91-112.

449 <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>

450 Carvalho, I. da S., & Brito, R. S. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por
451 madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71–97.

452 <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

453 Diniz, S. G., Salgado, H. O., Andrezzo, H. F. A., Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A.,

454 Aguiar, C.A, & Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health
455 issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its
456 prevention. *Journal of Human Growth and Development*. 25 (3), 377-384.

457 <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

458 Gebremichael, M. W., Worku, A., Medhanyie, A. A., Edin, K. & Berhane, Y. (2018). Women
459 suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative

- 460 study from Women's perspective. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-6.
461 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2026-4>
- 462 Jardim, D. M. B. & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and
463 its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (26), e3069.
464 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- 465 Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. C., & Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse
466 towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil
467 Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
- 468 Martins, A. C. M., Giugliani, E. R. J., Nunes, L. N., Bizon, A. M. B. L., de Senna, A. F. K.,
469 Paiz, J. C., Avilla, J. C. & Giugliani, C. (2021). Factors associated with a positive childbirth
470 experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(4), e337-e345.
471 <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>
- 472 Medeiros, C. (2021). *Meu corpo, regras do Estado: A violência obstétrica como controle de*
473 *corpos no Brasil*. Editora Uiclap.
- 474 Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- 475 Nascimento, S. L. D., Pires, V. M. M. M., Santos, N. D. A., Machado, J. C., Meira, L. S., &
476 Palmarella, V. P. (2019). Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres
477 que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 66-79.
478 <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>
- 479 Oliveira, T. R. D., Costa, R. E. O. L., Monte, N. L., Veras, J. M. D. M. F., & Sá, M. Í. M. D. R.
480 (2017). Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de enfermagem UFPE*,
481 11 (1), 40-46. 10.5205/1981-8963-v11i1a11876p40-46-2017
- 482 Pecora, A. R. & Sá, C. P. (2008). Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá,
483 ao longo de três gerações. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21, 319-325.
484 <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200018>
- 485 Sá, C. P. (2002). *Núcleo Central das Representações Sociais* (2ª ed.). Vozes.
- 486 Seibert, S. L., Barbosa, J. L. D. S., Santos, J. M. D., & Vargens, O. M. D. C. (2005).
487 Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de Enfermagem da*
488 *UERJ*, 13 (2), 245-251.
- 489
490
491
492
493

5.2 Manuscrito 2

ABORDAGEM PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO COISIFICAÇÃO DA MULHER

Resumo

Este estudo objetivou apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica e compreender a relação das representações sociais com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, de natureza qualitativa fundamentado na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por chamada de vídeo com 30 mulheres que tiveram parto normal entre os anos de 2017 e 2021. Os dados foram processados no *software IRaMuTeQ*, utilizou-se para tratamento dos dados a Classificação Hierárquica Descendente. A análise lexical resultou na identificação de dois eixos temáticos que originaram seis classes. O eixo A apresentou a dimensão conceitual e afetiva das representações das mulheres sobre a violência obstétrica e o eixo B abordou as vivências da gestação ao nascimento do bebê que subsidiaram a construção das representações das mulheres sobre violência obstétrica. As mulheres representaram a violência obstétrica como ação de cerceamento de sua autonomia, condutas desnecessárias e violência psicológica. Apontaram a importância de ser bem informada no pré-natal e de serem preparadas adequadamente para o processo parturitivo. Propõe-se que caminhos para uma melhor assistência materna e neonatal sejam tomados com ações educativas no pré-natal e qualificação da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Autonomia; Violência contra a mulher, Violência institucional; Pré-natal.

Abstract

This study aimed to apprehend the contents of women's social representations about obstetric violence and to understand the relationship of social representations with situations of violence experienced in the birth process. This is an exploratory study of a qualitative nature based on the procedural approach of the Theory of Social Representations. Semi-structured interviews were conducted by video call with 30 women who had vaginal delivery between

2017 and 2021. Data were processed in the IRaMuTeQ software, using the Descending Hierarchical Classification for data treatment. The lexical analysis resulted in the identification of two thematic axes that originated six classes. Axis A presented the conceptual and affective dimension of women's representations about obstetric violence and Axis B addressed the experiences from pregnancy to the birth that supported the construction of women's representations about obstetric violence. Women represented obstetric violence as an action to curtail their autonomy, unnecessary behavior and psychological violence. They pointed out the importance of being well informed during prenatal care and of being adequately prepared for the birth process. It is proposed that paths for better maternal and neonatal care be taken with educational actions in prenatal care and qualification of obstetric care.

Key words: Obstetric violence; Autonomy; Violence against women, Institutional violence; Prenatal.

Introdução

A violência pode ser compreendida como uma assimetria existente em relações opressivas ou de dominação, também é vista como uma ação que destitui do indivíduo sua condição de sujeito, tratando-o como uma coisa. Assim, há violência quando a pessoa é silenciada ou tem sua autonomia cerceada (Chauí, 1985).

Por conseguinte, a violência cometida por um profissional de saúde na prestação de cuidado a uma mulher, em função da sua condição ou capacidade reprodutiva, que destitui sua autonomia e o poder de decisão sobre o seu corpo é classificada como violência obstétrica (Medeiros, 2021; d'Oliveira; Diniz; Schraiber, 2002).

As situações de violências, muitas vezes, são difíceis de serem identificadas pelas mulheres envolvidas, ainda que aconteçam numa condição clara de discriminação ou apagamento da autonomia. Isso ocorre porque tais condutas são compreendidas e legitimadas como necessárias, ocorrem para o bem da mulher, fato que coopera para a naturalização da violência obstétrica (Aguar; D'oliveira; Schraiber, 2013).

Nesse bojo, Chauí (1985, p.35) afirma que “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida”, assim, a violência obstétrica é útil para a manutenção da passividade da parturiente e para a

medicalização do seu corpo, pois com o medo, a opressão ou a expectativa por um momento marcante que é o nascimento do bebê não há dissenso para as condutas de maus-tratos (Wolff; Waldow, 2008).

Entende-se esse tipo de violência como uma violência de gênero, pois afeta os direitos humanos fundamentais das mulheres durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) toda gestante tem direito a uma assistência digna e respeitosa, assim, as intervenções desnecessárias e sem respaldo científico e as ações que vão desde abusos, desrespeito, maus-tratos, negligências, humilhações até agressão verbal e física são caracterizadas como violência obstétrica (OMS, 2014).

Uma pesquisa constatou que as mulheres que vivenciaram situações de violência no processo parturitivo desenvolveram sentimentos de angústia, inferioridade, medo de uma nova gestação, traumas físicos e psicológicos. Tais sentimentos podem reverberar por toda a vida da mulher e impactar negativamente nas relações familiares (Silva; Silva; Araújo, 2018).

Nesse contexto, é fundamental compreender as representações sociais das mulheres sobre violência obstétrica, pois segundo Moscovici (2015) as representações abrangem um conjunto de conceitos e explicações pelas quais os indivíduos constroem, determinam e interpretam condutas e prática social. Nessa perspectiva, as representações sociais das participantes apontam caminhos para a compreensão de como elas percebem o momento vivido e como interpretam e partilham tal experiência entre seu grupo social.

Apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: quais os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica? Objetivou-se apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica e compreender a relação dessas representações sociais com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, de natureza qualitativa fundamentado na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual contribui para a compreensão das significações do fenômeno estudado, das interações sociais, dos sentidos construídos pelos sujeitos. Desse modo, essa abordagem compreende as representações sociais como o estudo dos processos por meio dos quais, individual ou coletivamente, os indivíduos significam o mundo (Moscovici, 2015; Jodelet, 2001).

As participantes da pesquisa foram 30 mulheres, selecionadas por conveniência, vinculadas às unidades de saúde da atenção básica de um município do interior da Bahia, Brasil.

Os critérios de inclusão foram: maior de 18 anos, ter realizado o pré-natal na rede pública de saúde, ter tido pelo menos um parto normal na maternidade pública de referência do município entre os anos de 2017 e 2021. Os critérios de exclusão foram: não ter condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para participar da pesquisa e ter sido submetida a uma cesariana. A justificativa pela exclusividade da via de nascimento vaginal decorreu da necessidade em assegurar a homogeneidade do grupo, sobretudo referente à vivência e experiência no parto normal.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada entre os meses de janeiro e junho de 2021, com o auxílio de meios virtuais, levando em conta a forma que mais se adequasse na possibilidade da participante, em chamadas de vídeo via *WhatsApp* ou Plataforma *Google Meet*. Os áudios das entrevistas foram gravados para posterior transcrição, com duração média de 40 minutos.

O contato com as mulheres foi viabilizado pela enfermeira da unidade que intermediou o encaminhamento do formulário do *Google Forms* às mulheres que atendiam aos critérios de inclusão. A participante preenchia o formulário que continha um questionário sociodemográfico (idade, estado civil, renda familiar, grau de instrução) e obstétrico (paridade, intervenções no parto, entre outros), o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e um contato, telefone ou e-mail, para agendamento da entrevista. Ressalta-se que as mulheres só participaram da pesquisa após o aceite e assinatura do TCLE.

As entrevistas foram transcritas com supressão dos questionamentos da entrevistadora. O *corpus* foi constituído pelas 30 entrevistas que foram unificadas e organizadas em arquivo *OpenOffice*. Para análise lexicográfica utilizou-se o *software* gratuito *IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, que se ancora no *software R* e permite diferentes análises estatísticas sobre o *corpus* textual. Nesse estudo, utilizou-se para tratamento dos dados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert.

A CHD é um método que classifica os segmentos de texto em função dos seus vocabulários e promove a associação entre elas formando os Segmentos de Texto (ST). A associação do ST com determinada classe é definida pelo teste de quiquadrado, quanto mais alto o valor, maior é a associação (Camargo; Justo, 2013).

O *IRaMuTeQ* ilustra as relações das classes da CDH através de um dendograma, apresentando em forma de matizes a formação das classes de segmentos de texto e a relação entre essas classes. O *corpus* foi composto de 30 linhas de comando correspondentes às entrevistas, processadas e analisadas pelo *software* em 43 segundos.

Posteriormente à realização do processamento pelo *software*, sucedeu-se a etapa de interpretação e análise dos resultados. Os conteúdos das representações sociais das mulheres sobre violência obstétrica foram submetidos a interpretações qualitativas com base na abordagem processual associada à literatura pertinente que versa sobre violência obstétrica.

Esta pesquisa é derivada da dissertação “Pensamentos e vivências de mulheres: representações sociais sobre a violência obstétrica” 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) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o Parecer nº 4.565.524/2019, CAAE 26399819.4.0000.0055.

O anonimato das participantes foi assegurado a partir da identificação das mulheres com a palavra Participante, seguida dos números de 1 a 30 de acordo a ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Por esse estudo estar fundamentado na TRS, a caracterização das participantes é fundamental, pois permite compreender o grupo estudado e as percepções peculiares de acordo cada perfil.

Das 30 participantes do estudo a idade média foi 27,8 anos, variando de 18 a 35 anos. Em relação à renda, a maioria (70%) declarou que ganha de 1 a 2 salários mínimos. No que concerne à situação conjugal, 80% afirmou estar numa relação estável. No quesito escolaridade, as repostas foram díspares, sendo mais citado o ensino médio completo, 46%, e o nível superior completo 20%. Referente à cor/etnia autorreferida a maioria se declarou parda, 63%, seguida de preta, 23%, e branca, 13%.

Sobre as informações obstétricas, houve variação de um a quatro partos vaginais, com predomínio de um parto, cerca de 70%, e duas participantes declararam parto normal após cesariana. No tocante ao início do trabalho de parto a maioria afirmou ter sido espontâneo, 73% e a minoria teve a experiência de indução de parto, 23%. Em relação às intervenções no

parto, o procedimento mais realizado foi a amniotomia que aconteceu em 36% dos partos, seguido de ocitocina sintética (23%), episiotomia (10%) e manobra de *Kristeller* (10%).

Quando questionadas se receberam orientações no pré-natal sobre trabalho de parto e parto, cerca de 80% declarou que não foram orientadas. Do mesmo modo, 90% delas não ouviram do profissional pré-natalista informações sobre violência obstétrica. Ademais, informaram que tais conhecimentos foram adquiridos por meio de pesquisas na internet ou de mulheres próximas, e 26% das participantes tiveram auxílio de profissionais particulares, doula ou enfermeira obstetra. Dessa forma, percebe-se que há uma fragilidade na preparação das mulheres para o processo parturitivo, bem como pouca informação sobre violência obstétrica.

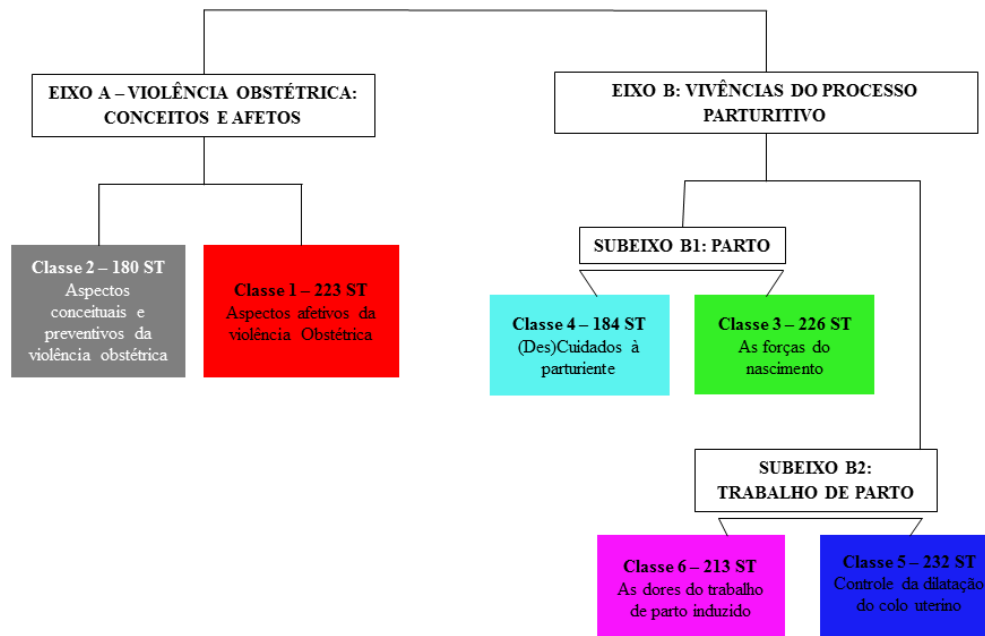
O *corpus* proveniente das entrevistas foi processado pelo *IRaMuTeQ* e denotou 54.468 ocorrências de palavras, apresentadas em 3.696 formas diferentes, com a frequência média de 35 para cada forma. Por meio da CHD foram analisados 1.258 segmentos de textos (ST), retendo 81,37% do total de textos para construção das classes.

A partir do *corpus* textual total, o *software* aglutinou os ST com base na semelhança dos seus conteúdos e as relações estabelecidas entre eles, assim, inicialmente, formaram-se dois eixos temáticos, A e B e se subdividiram em suas respectivas classes, conforme Figura 1.

Diante disso, denominou-se o Eixo A – *Violência Obstétrica: conceitos e afetos* e suas classes: 2 – *Aspectos conceituais e preventivos da violência obstétrica* e 1 – *Aspectos afetivos da violência obstétrica*, pois apresentaram a dimensão conceitual e afetiva das representações sociais das mulheres sobre a violência obstétrica e trouxeram percepções individuais e coletivas, valores, ideias e crenças das participantes da pesquisa.

Em processo de complementaridade, o Eixo B abordou as vivências da gestação ao nascimento do bebê, tais experiências subsidiaram a construção das representações das mulheres sobre violência obstétrica, desse modo, tal eixo designou-se *Vivências do processo parturitivo* formado pelos: Subeixo B1 – *Parto* com suas classes: 4 – *(Des)Cuidados à parturiente* e 3 – *As forças do nascimento*; e, Subeixo B2 – *Trabalho de Parto* com suas classes: 6 – *As dores do trabalho de parto induzido* e 5 – *Controle da dilatação do colo uterino*.

Figura 1. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual por classes. Jequié, BA, 2021.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Eixo A – Violência Obstétrica: conceitos e afetos

A partir da análise do Eixo A, foi possível inferir que o pensamento social das mulheres está fundado em práticas que abrangem questões relacionadas ao desrespeito, à perda da condição de sujeito e a falta de autonomia em decidir sobre seu próprio corpo.

Aspectos conceituais e preventivos da violência obstétrica

A classe 2 foi constituída por 180 STs, concentrando 14,31% do *corpus*. As falas das participantes apontaram os conceitos da violência obstétrica, abordaram formas e como se manifesta na assistência obstétrica. Além disso, assinalaram a importância da informação e do conhecimento de todo o processo de gestar e parir como forma de prevenção e proteção contra essa violência. Os principais elementos que sustentaram a presente classe foram: mulher ($x^2 = 113,12$), tratar ($x^2 = 109,06$), violência obstétrica ($x^2 = 87,37$), forma ($x^2 = 73,22$), entender ($x^2 = 70,52$), profissional ($x^2 = 66,7$), violência ($x^2 = 65,18$), psicológico ($x^2 = 53,11$), estudar ($x^2 = 46,07$), conhecimento ($x^2 = 42,16$), ler ($x^2 = 41,12$), dentre outros.

A representação social que permeia o cotidiano das participantes deste estudo é apresentada como uma atitude que despersonaliza a mulher, a violência obstétrica é vista como uma ação de coisificação, pois a mulher torna-se objeto de ação do outro, sem escolha e sem autonomia.

Violência obstétrica é não tratar a mulher como uma pessoa que pode decidir sobre seu próprio corpo (Participante 01, Score: 439,38).

Violência obstétrica é algo que acontece quando não tem a autorização da gestante [...] é quando faz algo sem o consentimento da mulher (Participante 08, Score: 372,58).

As falas reforçam a compreensão que a violência obstétrica não se restringe às intervenções físicas.

A violência obstétrica não é só física ela também é verbal e psicológica (Participante 07, Score: 403,50).

O tratamento desrespeitoso é pra mim, o início da violência obstétrica [...] uma forma mais grossa de falar (Participante 05, Score :412,80).

Tratar com ignorância, falar uma coisa que ofende (Participante 12, Score: 368,37).

Ainda na perspectiva das formas de violência obstétrica, as mulheres compreendem que as intervenções desnecessárias e obsoletas são violências, conforme relatos.

Tem muitos métodos que não se usam mais e alguns profissionais insistem ainda em usar nas mulheres nesse momento, então, eu vejo a violência obstétrica dessa forma (Participante 25, Score: 389,29).

É tudo aquilo que vai invadir o processo para que ele não ocorra de forma natural, tentar apressar aquele processo, fazer interferências desnecessárias (Participante 18, Score: 282,88).

Em relação à importância da informação e do autoconhecimento como mecanismo de prevenção da violência obstétrica, algumas participantes apontaram que se dedicaram a estudar o processo parturitivo e as intervenções desnecessárias e ainda compararam suas experiências em partos distintos.

Eu acho que a melhor forma é se informar [...]. Ler mais sobre gestação, ler mais sobre trabalho de parto, e se conhecer, conhecer o seu corpo, se entender como mulher (Participante 25, Score: 385,01).

No primeiro (parto) ter tido esses tipos de situação, mas como conhecimento que eu não tinha da violência eu entendia como se fosse algo que fosse me ajudar, até esses pontos me incomodam, esse pique (episiotomia) me incomoda. [...] Já no segundo eu

passsei a ter esse conhecimento né? Que seria uma violência, não houve episiotomia (Participante 29, Score: 240,27).

As participantes apontaram a escassez da preparação para o parto pelo profissional pré-natalista, reforçaram que as informações foram adquiridas por conta própria, num processo de estudo e pesquisa individual.

Eu estudei bastante e li sobre violência obstétrica, mas no pré-natal, a enfermeira não falou nada sobre violência obstétrica. Eu ouvi falar por pesquisar, mas não por eles (Participante 10, Score: 330,29).

Foi minha primeira gestação e meu primeiro parto e durante o pré-natal não recebi orientações sobre trabalho de parto, parto e como aconteceria (Participante 12, Score: 368,37).

Aspectos afetivos da violência obstétrica

A classe 1, apresentou 223 STs o que significa o envolvimento de 17,73% do material analisado. As palavras que deram corpo a esta classe foram: parto normal ($x^2 = 115,61$), cesariana ($x^2 = 61,44$), contar ($x^2 = 43,83$), escolher ($x^2 = 37,37$), assistir ($x^2 = 32,67$), ouvir ($x^2 = 30,02$), pensar ($x^2 = 29,66$), medo ($x^2 = 27,03$), engravidar ($x^2 = 26,88$), informar ($x^2 = 22,41$), triste ($x^2 = 18,62$), difícil ($x^2 = 14,89$), entre outras.

Nessa classe as mulheres expressaram sentimentos frente às situações de violência obstétrica, tais emoções sustentaram a dimensão afetiva de suas representações sociais sobre o agravo. Elas expressaram o medo de serem desrespeitadas e a tristeza em ver um momento feliz ser transformado numa lembrança triste.

Eu senti muita tristeza pelo fato de não ter sido bem atendida, me senti sem capacidade alguma, vulnerável (Participante 21, Score: 368,37).

Eu tinha medo de eu não ter o parto normal e forçar. E tinha medo de uma cesariana desnecessária. [...] Eu tinha medo também do parto, que eu ouvia muito do subir em cima da barriga, a gente ouve muito isso, eu tinha medo disso (Participante 30, Score: 177,48).

Eu fico meio rancorosa, triste [...] o que eu passei é muito difícil [...] fiquei muito triste porque não entendi porque não me explicaram porque aconteceu aquilo [...] (Participante 20, Score: 121,41).

A violência obstétrica não impactou apenas a experiência no momento do parto, mas repercutiu na vivência do puerpério.

Eu não tive aquele momento de mãe e filho no início, aquela coisa linda de ficar em casa, não, eu só falava assim: meu Deus! Eu tô viva, ele tá vivo! Meu pós-parto foi terrível [...] eu fui senti mesmo que eu era mãe depois de uns três meses (Participante 23, Score: 170,78).

EIXO B - Vivências do processo parturitivo

Os conteúdos reunidos nesse eixo direcionaram para as vivências das mulheres durante o processo parturitivo e os significados concebidos a partir dessas vivências. Também desvelaram os sentimentos e as concepções das mulheres diante da assistência recebida no período. Nesse sentido, a representação social sobre a violência obstétrica contemplou as experiências vividas e compartilhadas pelo grupo social.

(Des)Cuidados à parturiente

Com 184 das STs e representando 14,63% do total do *corpus* textual, a classe 4 apontou as vivências das participantes no processo de parto, principalmente os cuidados, ou a falta deles, recebidos no momento de parir. As principais palavras dessa classe foram: deitado ($x^2 = 177,39$), cama ($x^2 = 164,04$), sentar ($x^2 = 63,89$), levantar ($x^2 = 71,81$), parir ($x^2 = 55,83$), posições ($x^2 = 41,3$), andar ($x^2 = 40,82$), amarrar ($x^2 = 40,12$), perna ($x^2 = 38,23$), agachar ($x^2 = 29,3$), dentre outras.

As falas mostraram que apesar das intervenções, como episiotomia e manobra de *Kristeller* serem pouco vivenciadas, ainda há uma forte condução para o parto acontecer em posição de litotomia, nesse sentido, a maioria das mulheres afirmou que a posição de parir foi deitada.

Eu pari com as pernas pra cima e dobrando os joelhos, deitada na maca. (Participante 13, Score: 508,46).

Eu pari deitada, só levantou um pouquinho para eu ficar mais erguida, dobrei o joelho e pronto (Participante 09, Score: 330,14).

Além das experiências referentes às posições do parto, essa classe também destacou como as mulheres descreveram a assistência profissional nesse momento, narrando à percepção da prestação de cuidados e os procedimentos realizados pelos profissionais.

A enfermeira tava um pouco nervosa, um pouco estressada, [...] eu com dor e ela tava reclamando muito do fato de eu ir no banheiro, ela tava falando o tempo inteiro: ah! eu quero que teu filho caia dentro da privada! (Participante 18, Score:429,35).

O médico veio e falou bem assim: ela tá louca, amarra as pernas dela aí porque eu não vou conseguir fazer o parto dela. Foi no momento que eles amarraram meus pés, amarraram as minhas mãos [...] eu sabia que naquele momento eu ia parir e agora eu tava amarrada (Participante 23, Score: 337,93).

As forças do nascimento

A classe 3 concentrou 17,97% do *corpus* com 226 STs. Em sua constituição foram observadas as seguintes palavras: força ($x^2 = 103,26$), ponto ($x^2 = 71,05$), cortar ($x^2 = 60,59$), nascer ($x^2 = 50,38$), chamar ($x^2 = 44,75$), sair ($x^2 = 43,54$), filho ($x^2 = 41,7$), segurar ($x^2 = 40,02$), tirar ($x^2 = 39,18$), puxar ($x^2 = 35,49$), entre outras. Essa classe apresentou os sentimentos e emoções das mulheres no processo de nascimento dos seus bebês.

Foi a experiência mais linda que eu tive assim, foi rápido, eu não tive, não precisou fazer o corte, só que acabou lacerando [...]. Minha bebê foi nascendo eles colocaram no meu colo [...]. Colocou, a gente ficou um tempinho ali juntinho [...] foi um momento único mesmo (Participante 30, Score:222,12).

Depois que eu tive ela foi tranquilo, foi mandando eu respirar por causa do cordão, para ir oxigenando ela (Participante 05, Score: 217,98).

Sob outra perspectiva, essa classe também apresentou algumas intervenções e assistência desrespeitosa que marcaram esse momento tão importante.

Eu comecei a colocar força, só que eu não conseguia, estava cansada [...] estava fraca [...]. Eu não conseguia força. Até o tempo que elas viram que não tinha jeito, chamaram mais enfermeiros, subiu uns três em cima de mim, começou a empurrar minha barriga, puxava a cabeça da minha filha com força [...] mas só estava a cabeça do lado de fora o resto não conseguia sair. Aí enfim, começaram a puxar, puxar, aí minha filha saiu (Participante 20, Score: 264,70).

Ela (enfermeira) me falou que iria aplicar a anestesia e ia fazer um pequeno corte lateral e aí fez o corte, quando eu fiz a força outra vez ele (médico) falou que teria que colocar um pouco de força para segurar o bebê com o cotovelo, aí ele me perguntou se poderia fazer porque era a única solução para o bebê sair, eu falei que tudo bem, que naquele momento eu queria salvar a vida da minha filha, aí ele fez colocar o cotovelo para segurar ela e ela conseguir sair do canal (Participante 21, Score: 251,90).

As dores do trabalho de parto induzido

A classe 6 foi constituída por 213 STs, concentrando 16,93% do *corpus*. Os principais elementos que sustentaram a presente classe foram: dia ($x^2 = 98,69$), internar ($x^2 = 65,18$), sozinho ($x^2 = 39,08$), sala ($x^2 = 38,23$), comprimido ($x^2 = 32,92$), ficar ($x^2 = 31,77$), avaliação ($x^2 = 28,51$), entrada ($x^2 = 28,51$), enfermaria ($x^2 = 14,75$), alimentação ($x^2 = 14,75$), dentre outros.

Essa classe trouxe a experiência e sentimentos das participantes durante o trabalho de parto induzido. Nesse contexto, as mulheres relataram se sentirem sozinhas e desamparadas.

Eu senti falta de uma companhia, porque eu fiquei sozinha [...]. Fiquei com outras meninas que estavam em trabalho de parto [...] E nós ficamos sozinhas, sem ninguém [...] eu estava sozinha e foi muito ruim, muito ruim [...] o que mais me marcou foi que eu fiquei sozinha (Participante 10, Score: 201,30).

A gente fica lá sem poder tá dividindo com ninguém, sozinha tantas intervenções, tanta coisa [...] a pessoa tá a mercê (Participante 16, Score: 149,77).

Além da solidão, as participantes relataram que eram privadas de se alimentar, ou mantidas em dieta branda ou líquida. A justificativa era que poderia ser encaminhada para uma cesariana, então deveria estar com a dieta adequada.

Falou que não era pra eu me alimentar mais, só líquido, porque elas falaram que se houvesse a necessidade de uma cesariana eu não ia precisar esperar mais tempo (Participante 15, Score: 303,28).

Minha alimentação era branda eu só tomava mingau em quatro dias, quando chegou no dia de parir eu não tinha força (Participante 23, Score: 237,10).

Há um fluxo de internamento na maternidade, definindo que as parturientes que estão em indução ou até chegarem ao trabalho de parto ativo, fiquem internadas no andar de cima da unidade hospitalar. Desse modo, até poderem ser admitidas no centro de parto normal que fica no andar de baixo, elas compartilham uma enfermaria com outras mulheres e não têm direito ao acompanhante. Perante essas observações e experiências, as mulheres relataram diferenças do tipo de assistência recebida na enfermaria comparada ao atendimento individualizado que receberam no centro de parto normal.

Eu senti a assistência pra mim mesmo, lá em cima, eu fiquei horrorizada, porque no momento que eu mais estava precisando, sentindo dor e eles não davam informação nenhuma (Participante 13, Score: 271,60).

Na enfermaria eu fiquei sozinha [...] minha acompanhante ficou comigo no centro de parto normal [...] tudo que ela (enfermeira) tava fazendo ela me

explicou como tava acontecendo, tudo [...] foi assim, a experiência mais linda que eu tive (Participante 30, Score: 134,38).

Controle da dilatação do colo uterino

Por fim, a classe 5 concentrou 18,44% do *corpus* com 232 STs. O conteúdo dessa classe agrupou-se ao redor das palavras: centímetro ($x^2 = 195,9$), hora ($x^2 = 111,28$), dilatação ($x^2 = 106,86$), descer ($x^2 = 97,42$), maternidade ($x^2 = 94,48$), toque vaginal ($x^2 = 92,44$), centro de parto normal ($x^2 = 83,02$), manhã ($x^2 = 63,15$), dentre outras.

As experiências e impressões das participantes que contribuíram para essa classe apontaram que o período desde a admissão na maternidade até o parto é marcado negativamente por um controle da dilatação do colo uterino, controle esse que é feito por meio do toque vaginal e medido em centímetros, como pode ser percebido nos relatos das participantes.

Era toque por minuto, eu acho que essa foi uma das partes mais torturantes porque a cada momento que fazia um toque era uma dor insuportável, quando as enfermeiras abriam a porta de entrada eu já começava a chorar, desesperada porque era muita dor, muita dor mesmo (Participante 21, Score: 530,45).

Diante do excesso de exame de toque, as mulheres encontraram saída para o enfrentamento, por vezes negando ou se acostumando com o procedimento.

Depois que eu internei eu recusei os exames de toque que eles queriam fazer, eles queriam fazer de duas em duas horas (Participante 07, Score: 357,84).

Eles fizeram muito toque em mim. Lá em cima eles fizeram bastante [...]. Eles não perguntavam se podia fazer o toque, só falavam comigo que ia fazer o toque pra ver como já estava os centímetros pra poder fazer o parto, aí chegava pedia pra mim botar as pernas pro alto deitada e fazia o toque pra ver (Participante 13, Score: 342,81).

Discussão

Os conteúdos das representações sociais sobre violência obstétrica para as participantes desse estudo estão direcionados às ações de desrespeito e coisificação da mulher, além disso, procedimentos desnecessários, sem o devido consentimento da mulher também é representado como violência, o que ficou evidenciado nas falas do eixo temático A.

Pesquisas apontaram que muitas parturientes não têm voz e nem oportunidade de expressar vontades e desejos durante o trabalho de parto e parto, isso ocorreu em virtude da desproporção de poder entre a mulher e o profissional de saúde que a coloca no polo passivo

da relação de cuidado, limitando a sua autonomia e a liberdade de vivência corporal (Oliveira; Penna, 2017; Pedroso; López, 2017).

Segundo a antropóloga Davis-Floyd (2001) essa concepção da mulher como objeto de ação de terceiros, tem seu fundamento no pensamento do corpo feminino como uma máquina que necessita de ajustes e controles, pois é defeituosa na sua essência. Assim, a parturiente é vista como um ser sem autonomia que depende exclusivamente das decisões dos profissionais de saúde. Tal concepção estrutura o modelo tecnocrático de assistência ao parto e a obstetrícia moderna.

Coadunando-se com essa compreensão, estudos evidenciaram que tal modelo percebe o parto como um evento perigoso que deve ser abreviado por meio de intervenções. Desse modo, a prática obstétrica brasileira é fundamentada no controle rígido do tempo e no uso de múltiplas técnicas, têm-se a premissa de quanto mais ações, mais segurança e menos complicações aquele parto terá, dificultando a vivência mais fisiológica do processo parturitivo (Leal et al., 2014; Davis-Floyd, 2001).

Nessa direção, há uma compreensão cultural de que o excesso de intervenções acontece para o bem da mulher e do bebê, muitas vezes, não sendo identificadas como violências obstétricas (D'oliveira; Diniz; Schraiber, 2002). Segundo Liese et al. (2021) as formas mais comuns de iatrogenias obstétricas são os procedimentos de rotina não baseados em evidências científicas; tais procedimentos são invisíveis, pois são difíceis de serem percebidos e há uma crença comum que tais intervenções tornam o parto mais seguro.

No entanto, observa-se que algumas participantes desse estudo representaram as intervenções desnecessárias e obsoletas como violência obstétrica, demonstrando a dinamicidade existente na formação de uma representação. Assim, evidencia-se que a formação de uma representação social acontece na interação, na relação e na troca de pensamentos e experiências entre indivíduos de um determinado grupo sobre o objeto a ser representado (Moscovici, 2015).

Os achados da presente pesquisa também desvelaram que há uma necessidade de preparo educativo das mulheres para a condução do seu parto com autonomia, pois há pouca ou nenhuma orientação durante o pré-natal. Tal questão foi discutida por Leal et al. (2014) que endossaram esse pensamento, afirmando que as mulheres não são informadas adequadamente no pré-natal o que as expõem a experiências insatisfatórias no parto.

Corroborando com esse pensamento estudos mostraram que as gestantes têm pouco conhecimento sobre intervenções desnecessárias, conseqüentemente desconhecem as

múltiplas formas de violência obstétrica deixando-as mais vulneráveis a esse tipo de agressão (Nascimento et al., 2019; Rodrigues et al., 2017).

Destarte, esse processo educativo poderia contribuir para a redução do medo relatado pelas participantes desse estudo, pois as mesmas teriam informações e subsídios para se defenderem diante de uma ação desrespeitosa. Essa inferência ficou confirmada nos relatos das participantes que viveram experiências distintas de partos decorrentes das informações obtidas num segundo pré-natal.

Nessa perspectiva, Jovchelovitch (2008) afirmou que as representações sociais atuam no futuro, momento em que os indivíduos conseguem remodelar seus conhecimentos do passado com a finalidade de construir mudanças vindouras. Assim, compreende-se que apesar de a maioria das mulheres terem pouco conhecimento sobre a violência obstétrica, algumas construíram e ressignificaram esses conceitos, adicionando novos componentes ao pensamento social sobre o fenômeno que irá direcionar suas práticas e condutas.

Segundo Moscovici (2015) as representações sociais têm duas faces importantes, a normativa, que estabelece os objetos na realidade social e a prescritiva, que orienta como o indivíduo deve agir diante de determinado fenômeno. Assim, os relatos do eixo B descreveram como as participantes sentiram e agiram diante das práticas assistenciais recebidas no trabalho de parto e parto, diante disso elas trouxeram a sua percepção e o saber do senso comum que estruturam as representações sociais.

No campo da dimensão afetiva da representação social sobre violência obstétrica, o medo e a tristeza emergiram como uma vivência marcante. Um estudo sobre representações sociais apontou que o sentimento mais influente na decisão das mulheres pela via de nascimento dos seus filhos é o medo. As autoras afirmaram que as experiências anteriores de parto e as histórias de familiares e amigas atuaram fortemente na escolha da mulher, se negativas, exacerbaram os medos já existentes (Pereira; Franco; Baldin, 2011). Tais conclusões também são endossadas por Feitosa et al. (2017) e Santana et al. (2020).

Nessas situações, percebe-se que o medo surge antes da experiência vivida, este sentimento pode determinar como a mulher experimentará o processo de parturição. Por outro lado, a tristeza se apresenta como um afeto negativo após uma experiência traumática. Corroborando com essa conclusão, estudos ressaltaram que a violência obstétrica está associada ao surgimento da depressão pós-parto e do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto, sendo que a violência verbal apresenta maior probabilidade de provocar o desenvolvimento desses transtornos, comprometendo a qualidade de vida da mulher e os cuidados ao recém-nascido (Martinez-Vázquez et al., 2021; Leite et al., 2021).

Analisando as vivências de violência obstétricas, Oliveira et al. (2019) afirmaram que muitas mulheres experimentam a falta de autonomia e de respeito no parto, transformando a experiência parturitiva em momentos de tristeza e sofrimento. Diante disso, o vínculo entre a mãe e o conceito pode ser afetado, trazendo repercussões durante toda a vida.

Essa falta de autonomia também fica evidente na maior incidência de parto em litotomia. Segundo Niy et al. (2019), frequentemente, os profissionais posicionam as mulheres para o parto, colocando-as em decúbito dorsal. A liberdade de movimentação parece acontecer mais no trabalho de parto, sendo que no parto as mulheres são direcionadas para o leito.

É importante destacar que 70% das participantes vivenciaram seu primeiro parto e a maioria sofreu pelo menos um tipo de intervenção desnecessária, esse dado vai ao encontro da Pesquisa Nascer no Brasil, a qual apontou que, em comparação às multíparas, as primíparas são internadas precocemente e ficam mais expostas aos protocolos da maternidade. Evidenciou também que em decorrência dessas mulheres passam mais tempo no hospital, paradoxalmente, elas são submetidas com maior frequência tanto às boas práticas quanto a intervenções excessivas (Leal et al., 2014).

Segundo estudo de Pedroso e López (2017), as parturientes que são internadas precocemente sofrem mais interferências no processo de parir comparadas as mulheres que chegam à maternidade na fase ativa do trabalho de parto. Ademais, a mulher pode ter elevação dos níveis de estresse por passar longas horas no ambiente hospitalar, o que a torna mais sensível à dor, provocando uma imagem negativa do parto normal.

Essa imagem negativa e sofrida em relação à vivência do parto se exacerba quando há atitude de insensibilidade do profissional em relação à mulher. De acordo um estudo de representações sociais de mulheres sobre trabalho de parto e parto, essa postura profissional se configura como um não-cuidado à parturiente, pois há pouca ou nenhuma preocupação com sua privacidade e individualidade (Wolff; Waldow, 2008).

Isso fica evidente no presente estudo, nas experiências constrangedoras vivenciadas pelas mulheres nos repetidos exames de toque sem consentimento e com exposição a vários profissionais, demonstrando uma desvalorização da mulher como pessoa. Nessa direção, Palma e Donelli (2017) afirmaram que toques vaginais repetidos e agressivos podem se configurar como violência obstétrica, pois potencializam a percepção de dor na mulher, além de colocá-la num lugar vulnerável e submisso.

Tal vulnerabilidade ainda fica mais intensificada quando a parturiente não tem garantido seu direito ao acompanhante. Sentimentos de carência e solidão foram relatados por

mulheres que viveram o processo parturitivo sem um acompanhante de sua escolha, pois ter alguém de seu convívio transmite segurança e proteção diante de condutas inadequadas, além de ser um suporte físico e emocional que repercute positivamente no desfecho do nascimento (Rodrigues et al., 2017; Palinski et al., 2012).

Outra conduta que macula e impacta o processo parturitivo é a restrição alimentar. A parturiente precisa de um bom aporte calórico para atender a demanda energética necessária para parir seu concepto, assim, mantê-la em jejum compromete seu bem estar físico e emocional. Vale destacar que, o risco de aspiração do alimento ingerido ocorre nas cirurgias com anestesia geral, e, na maioria dos casos, as cirurgias cesarianas acontecem com anestesia regional, fato que não justifica manter a mulher em jejum durante o trabalho de parto (Rodrigues et al., 2017).

O conhecimento da representação social de um grupo referente a um conteúdo permite uma compreensão da realidade vivida por aquelas pessoas, bem como uma aproximação com estabelecimento de vínculos e confiança (Moscovici, 2015). Assim, apreender os conteúdos das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica permitiu uma imersão na realidade vivida pelas participantes, compreendendo seus dilemas, angústias e necessidades de construção de caminhos possíveis para melhorar as experiências de mulheres e famílias no processo parturitivo.

Por fim, ressalta-se como limitação desse estudo o fato de que os dados representaram uma amostra limitada de um grupo social de mulheres e restritos às mulheres que tiveram parto normal, embora os achados estejam em concordância com as produções científicas da área.

Considerações Finais

Este estudo apontou que as mulheres trazem no seu pensamento social que a violência obstétrica é uma ação que retira da parturiente sua condição de sujeito, sua possibilidade de escolher e decidir sobre seu corpo. Compreendem que tal violência não se restringe aos procedimentos e agressões físicas, sobretudo destacaram o impacto negativo da violência psicológica.

No campo dos cuidados obstétricos, as participantes trouxeram em suas representações que intervenções desnecessárias cometidas pelos profissionais de saúde com a finalidade de apressar ou alterar o fluxo fisiológico do nascimento são formas de violência obstétrica. Por conseguinte, as situações de desrespeito no processo parturitivo se relacionam com as representações das mulheres sobre violência obstétrica.

Nesse contexto, as mulheres desvelaram a escassez de informações recebidas no pré-natal e que esse déficit contribui para o aumento da vulnerabilidade e redução da autonomia sobre seu processo parturitivo, destacando que a informação e o autoconhecimento podem prevenir a violência obstétrica.

Tais resultados apontam caminhos possíveis para a implementação de uma melhor assistência materna e neonatal, por meio da priorização de atividades educativas desde o pré-natal, visando à autonomia e o protagonismo da gestante e família, somado à capacitação obstétrica para que os profissionais da assistência fundamentem suas práticas em evidências científicas.

Referências

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.11, p. 2287-2296, 2013. DOI: 10.1590/0102-311x00074912.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

CAMARGO B. V.; JUSTO A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R.; CHAUÍ, M.; PAOLI, M. C., org.. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. vol. 4. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p. 25-62.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, p. S5-S23, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: 14 nov. 2021.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

FEITOSA, R. M. M. et al. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. *Rev Fund Care Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 717-726, 2017 DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726.

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>

JODELET, Denise (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. *Os contextos: representações, comunidade e cultura*. Vozes: Petrópolis, 2008.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, pp. S17-S32, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

LEITE, T. H.; PEREIRA, A. P. E.; LEAL, M. C.; SILVA, A. A. M. 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. DOI: 10.1016/j.jad.2020.04.052.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>

LIESE, K. L.; DAVIS-FLOYD, R.; STEWART, K.; CHEYNEY, M. Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abus. *Anthropology & Medicine*, v. 28, n. 2, p. 188-204, 2021. DOI: 10.1080/13648470.2021.1938510.

<https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>

MARTINEZ-VÁZQUEZ, S. et al. Factors associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *J. Pers. Med*, v. 11, n. 5, p. 338, 2021. DOI: 10.3390/jpm11050338.

<https://doi.org/10.3390/jpm11050338>

MEDEIROS, C. *Meu corpo, minhas regras: a violência obstétrica como controle de corpos no Brasil*. São Paulo: UICLAP, 2021.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

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. DOI: 10.15517/revenf.v0ino.37.35264.

<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>

NIY, Denise Yoshie et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. DOI: 10.1590/Interface.180074.

<https://doi.org/10.1590/Interface.180074>

OLIVEIRA, M. S. S. et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *ABCS Health Sciences*, Santo André, v. 44, n. 2, 2019. DOI: 10.7322/abcshs.v44i2.1188.

<https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1188>

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto contexto – enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017006500015.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

PALINSKI, J. R. et al. Percepção da mulher sobre o processo de nascimento acompanhado. *Online Braz J Nurs*, Niterói, v. 11, n. 2, p. 274-288, 2012. DOI: 10.5935/1676-4285.20120026.

<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120026>

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. DOI: 10.15448/1980-8623.2017.3.25161.
<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>

PEDROSO, C. N. L. S; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre - RS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 1163-1184, 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000400016.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000300005.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>

RODRIGUES, D. P. et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 3, e5570015, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017005570015.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>

RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & climatério*, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. DOI: 10.1016/j.recli.2016.12.001.
<https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>

SANTANA, C. S. et al. Expectations and feelings of pregnant women about child and child work. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e375997076, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7076>

SILVA, F. M.; SILVA, M. L.; ARAÚJO, F. N. F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do Nordeste brasileiro. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, Teresina, v. 3, n. 4, p. 25-34, 2018. DOI: 10.26694/repis.v3i4.6924.
<https://doi.org/10.26694/repis.v3i4.6924>

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement, Genebra: OMS, 2014. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/W?sequence=1> >. Acesso em: 30 out. 2021.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. DOI: 10.1590/S0104-12902008000300014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica. A análise demonstrou que a violência no parto é experimentada por muitas mulheres, partilhada em seu cotidiano e em seu grupo social. A pesquisa revelou que as mulheres representam essa violência fundamentalmente como desrespeito, descrito como condutas que as destituem da condição de sujeito. Portanto, a violência obstétrica foi retratada como um ato de coisificação da mulher, pois a impede de fazer escolhas sobre seu processo parturitivo.

Na perspectiva da estrutura representacional sobre violência obstétrica, foram identificados os termos desrespeito, agressividade e dor como possíveis elementos centrais das representações sociais das mulheres. Esses elementos estão estruturados nas dimensões conceitual, imagética e afetiva, o que demonstra a complexidade que permeia a experiência e compreensão dessa violência.

Na análise processual, o pensamento social está pautado na percepção da violência obstétrica como condutas que retiram da mulher a sua autonomia, as quais objetificam o corpo feminino. Nessa perspectiva, as participantes compreendem que procedimentos desnecessários e obsoletos também se caracterizam como uma violência. Além disso, as mulheres destacaram a face psicológica da violência, como uma expressão marcante no processo parturitivo.

Quanto à proposta inicial do estudo, ressalta-se o alcance dos objetivos propostos, pois a apreensão da estrutura, dos conceitos e dos significados da representação social da violência obstétrica perfazem um repertório de conhecimentos capazes de contribuir para a construção de diretrizes necessárias à prevenção e ao enfrentamento desse tipo de violência.

Os resultados apontaram que há uma lacuna na preparação das mulheres para a vivência do parto. Entende-se que o pré-natal é momento oportuno para a formação do arcabouço informacional da gestante, uma vez que esse processo tende a devolver o protagonismo e a condição de poder escolher com consciência e autonomia.

Nesse caminho, faz-se necessário uma reestruturação da formação profissional de enfermeiros e médicos, pois são os agentes técnicos responsáveis pela assistência no ciclo gravídico-puerperal. Sugere-se que desde a graduação

sejam incluídas disciplinas com temáticas transversais que promovam a valorização da mulher como sujeito ativo, a fim de superar o modelo hegemônico pautado nas relações hierárquicas de gênero.

No campo das práticas obstétricas, considera-se, a partir das experiências das mulheres, que os profissionais precisam ser capacitados para uma assistência respeitosa e que devolva o protagonismo feminino. Assim, terão mais condições para suprir a lacuna informacional no pré-natal e oferecer um cuidado emancipatório no processo parturitivo.

Acredita-se também que, para fortalecer e reestabelecer a autonomia feminina, uma medida fundamental seria investir em atividades educativas na atenção básica durante o período gravídico, com implementação de estratégias pautadas na responsabilidade compartilhada entre profissional, usuária e família.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das Representações Sociais. *In*: MOREIRA, A. SP; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. 2.ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-37.
- ABRIC, Jean-Claude. 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.
- ABRIC, Jean-Claude. **Prácticas sociales y representaciones**. México: Coyoacán, 2001.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.
- AGUIAR, Emanuele Machado G.; Rodrigues, Milena Silva. 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**, Minas Gerais, v.5, n. 2. p.1-29, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/109/13>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ALMEIDA, A. M. O. A Pesquisa em Representações Sociais: Proposições teórico-metodológicas. *In*: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria. (Org.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: Universitária da UFPE, 2005. p. 117-160.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento, *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>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- ARRUDA, Angela. Representações sociais: dinâmicas e redes. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (org.), **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2014, p. 442- 489.
- BANCHS, María A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de la representaciones sociales. **Textes sur les représentations sociales: espace de discussion**, v.9, p. 3.1 – 3.15, 2000.

BARROS, Amanda Peres Zubiaurre de et al. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 69-79, 2017. <https://doi.org/10.5902/2179769223270>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 52, n. 101, p. 109, 27 mai. 2011.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Consulta Estabelecimento, Módulo Hospitalar, Leitos. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2918006923356. Acesso em: 09 nov. 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 02 set. 2019.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; ROUQUETTE, Michel-Louis. 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>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CAMPOS, Vanuza Silva *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>. Acesso em: 13 nov. 2021.

CARNEIRO, Marinha. **Ajudar a nascer** – parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974). Portugal: Universidade do Porto, 2008.

CARNEIRO, Rosamaria. “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>. Acesso em: 30 out. 2021.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato, GUILHEM, Dirce Bellezi. A temática das boas práticas obstétricas no contexto do projeto político-pedagógico da residência. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 93–104, 2020. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/149>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. *In*: CARDOSO, R.; CHAUÍ, M.; PAOLI, M. C. (org.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. v. 4. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p. 25-62.

CIELLO, Cariny *et al.* **Violência obstétrica**: parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

CORDEIRO, Alexander Magno *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912007000600012&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 07 set. 2019.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; BÚ, Emerson do. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (version 5.2). **Revista Campo do Saber**, Paraíba, v.3, n.1, p.219-243, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>. Acesso em: 10 set. 2019.

DA-SILVA-CARVALHO, Isaiane; SANTANA-BRITO, Rosineide. 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>. Acesso em: 08 out. 2021.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5-S23, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: 14 nov. 2021.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, Londres, v. 359, n.9318, p.1681-1685, maio. 2002.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra Sampaio. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutivas**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.80-91, jan. 2006. Disponível em: https://bdpi.usp.br/single.php?_id=001622652. Acesso em: 10 ago. 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deveria saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.

DINIZ, Simone Grilo *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>. Acesso em: 13 out. 2021.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Paulo: Difusão, 2014.

DZOMEKU, Veronica Millicent *et al.* Midwives' experiences of implementing respectful maternity care knowledge in daily maternity care practices after participating in a four-day RMC training. **BMC Nurs**, v. 20, n. 39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00559-6>. Acesso em: 08 nov. 2021.

FEIJÃO, Letícia Bastos Vilela; BOECKMANN, Lara Mabelle Milfont; MELO, Manuela Costa. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 35-39, nov. 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1318/396>. Acesso em: 14 out. 2021.

FEITOSA, Rubia Maria Maia *et al.* Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 717-726, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>. Acesso em: 05 out. 2021.

FONTANELLA, Bruno José; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

GEBREMICHAEL, Mengistu Welday *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>

GIL, Antonio Carlos. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 1. ed., Barueri, SP: Atlas, 2021.

HAIR Jr, Jorge F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>. Acesso em: 03 nov. 2021.

IBGE. Resolução nº 6, de 3 de novembro de 2010. Divulga a relação das populações dos 26 Estados e dos 5.565 municípios brasileiros provenientes do Censo Demográfico 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2010. Seção 1, p.106.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2018, v. 26, e3069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. Acesso em: 30 out. 2021.

JESUÍNO, Jorge Correia; MENDES, Felismina Rosa Parreira; LOPES, Manuel José. **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

JODELET, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. **Psicología social**. Paris: Press Universitaires de France, p.31-61 1984.

JODELET, Denise. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>. Acesso em: 17 nov. 2021.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos: representações, comunidade e cultura**. Vozes: Petrópolis, 2008.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers em Social Representations**, Londres, v. 20, p. 38(1-7), 2012. Disponível em: <http://prints.lse.ac.uk/46728/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl. 1, p. 17-32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2019.

LEITE, Tatiana Henriques *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>. Acesso em: 04 set. 2021.

LIESE, Kylea 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>. Acesso em: 04 set. 2021.

MAIA, Monica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. *In*: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-49. E-book. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MARTINEZ-VÁZQUEZ, Sergio *et al.* Factors associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. **J. Pers. Med**, v. 11, n. 5, p. 338, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jpm11050338>. Acesso em: 05 set. 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 288p. E-book. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MARTINS, Ana Claudia Magnus *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, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>. Acesso em: 08 nov. 2021

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psicologia da Educação**, São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação. n. 14-15, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/31913/22130>. Acesso em: 16 set. 2019.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 05 out. 2021.

MIHRET, Habtamu *et al.* Reducing Disrespect and Abuse of Women During Antenatal Care and Delivery Services at Injibara General Hospital, Northwest Ethiopia: A Pre-Post Interventional Study. **Int J Womens Health**, v. 12, p. 835-847, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S273468>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, Maria Lygia Quartim. O feminismo político do século XX. **Margem a esquerda**: Ensaios Marxistas, São Paulo: Boitempo, 2007. p.129-143. Disponível em: https://boitempoeditorial.files.wordpress.com/2015/03/margem-9_maria-lygua-de-quartim-de-moraes_feminismo-polc3adtico-xx.pdf. Acesso em: 14 ago. 2019.

MORERA, Jaime Alonso Caravaca *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.4, p.1157-1165, out./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000401157&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 ago. 2019

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

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOURA, Rafaela Costa de Medeiros et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 60-65, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1333>. Acesso em: 12 nov. 2021.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 4, e20275, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000400305&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2021.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 651-657, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2019.

NASCIMENTO, Samilla Leal do *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>. Acesso em: 05 out. 2021.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, pp. 4531-4546, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>. Acesso em: 16 nov. 2021.

NIY, Denise Yoshie *et al.* Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180074>. Acesso em: 08 out. 2021.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de; RODRIGUES, Dafne Paiva; GUEDES, Maria Vilaní Cavalcante. Percepção de puérperas acerca do cuidado de

enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 249-254, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

OLIVEIRA, Tayse Ribeiro 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>. Acesso em: 06 out. 2021.

OLIVEIRA, Maria do Socorro S. *et al.* Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 44, n. 2, p. 114-119, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1188>. Acesso em: 03 out. 2021.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em: 30 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. suppl. 1, p. 25-32, 1998.

PALINSKI, Jane da Rosa *et al.* Percepção da mulher sobre o processo de nascimento acompanhado. **Online Braz J Nurs**, Niterói, v. 11, n. 2, p. 274-288, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120026>. Acesso em: 02 out. 2021.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Schneider Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Acesso em: 25 set. 2021.

PALMONARI, Augusto; CERRATO, Javier. Representações sociais e psicologia social. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (org.). **Teoria das representações sociais**: 50 anos. 2. ed. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2014. p. 402-441.

PECORA, Ana Rafaela; SÁ, Celso Pereira. 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.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecília. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre - RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 1163-1184, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>. Acesso em: 10 out. 2021.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>. Acesso em: 07 out. 2021.

RATCLIFFE, Hannah L. et al. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. **Reprod Health**, v. 13, n. 79, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0187-z>. Acesso em: 05 nov. 2021.

RIBEIRO, Deise de Oliveira *et al.* A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200458&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2021.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>. Acesso em: 14 out. 2021.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>. Acesso em: 03 out. 2021.

RODRIGUEZ, Maria de Jesus Hernández. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 204, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175878/345609.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 nov. 2021.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Sá, Celso Pereira de. Núcleo Central das Representações Sociais. 2ª ed, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade. **Revista Lutas Sociais**, São Paulo, v.2, n. 2, p.59-79, jan./jun. 1997. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ls/article/view/18789/13973>. Acesso em: 06 ago. 2019.

SANTANA, Cíntia de Souza *et al.* Expectations and feelings of pregnant women about child and child work. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. E375997076, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7076>. Acesso em: 05 out. 2021.

SANTOS, Amália Lúcia Machry *et al.* Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 19, n. 2, p. 301-309, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2514/2176>. Acesso em: 16 nov. 2021.

SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem (FEN), Universidade Federal de Goiás. Goiânia, p. 115, 2017. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7601>. Acesso em: 16 nov. 2021.

SCOTT, Joan. **Gender**: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.

SEIBERT, Sabrina Lins *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. Acesso em: 05 ago. 2019.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em 16 nov. 2021.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003. Acesso em: 05 ago. 2019.

SILVA, Francisca Martins; SILVA, Milécyo de Lima; ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira de. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do Nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Teresina, v. 3, n. 4,

p. 25-34. 2018. Disponível em:

<https://ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924/pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; CAMARGO, Brígido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, n.5, p.947-951, set./out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500022. Acesso em: 03 set. 2019.

SILVA, Thalita Monteiro da *et al.* Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, eAPE20190146, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SUÁREZ-CORTÉS, María *et al.* Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3. p. 520-526, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>. Acesso em: 14 nov. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 20 ago. 2019.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, 2021, e200689. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>. Acesso em: 16 nov. 2021.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira *et al.* O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, p. 1-9, 2021. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

VENEZUELA. República Bolivariana de Venezuela. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: UNFPA, 2007.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc-SP, 2013. 504 p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**: WHO statement, Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/W?sequence=1>. Acesso em: 30 out. 2021.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, set. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300014&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 30 ago. 2019.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



**APÊNDICE A – ROTEIRO SOCIODEMOGRÁFICO/OBSTÉTRICO E TÉCNICA DE
 EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Unidade de Saúde da Família: _____

1. Informações Sociodemográficas:

Idade: _____

Raça/Etnia: _____

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável

Escolaridade: () EF incompleto () EF completo () EM incompleto () EM completo
 () ES incompleto () ES incompleto

Renda Familiar: _____ salários mínimos

Profissão/ocupação: _____

2. Informações Obstétricas

Gesta: _____

Para: _____

Aborto: _____

Consultas de pré-natal: _____

Filhos vivos: _____

IG do último parto: _____

Início do trabalho de parto espontâneo: () Sim () Não _____

Procedimentos em partos anteriores:

Episiotomia () Sim () Não

Amniotomia () Sim () Não

Kristeller () Sim () Não

Litotomia: () Sim () Não

Ocitocina: () Sim () Não

2. Roteiro para a técnica de evocação livre de palavras

Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo “violência no parto”?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevistada: **M:** _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Questões Disparadoras:

• **Orientações no Pré-natal**

1. Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre o trabalho de parto e parto? E sobre intervenções que poderiam acontecer?
2. No pré-natal algum profissional já falou pra você o que seria violência obstétrica?

• **Pensamento sobre Violência Obstétrica**

3. Você poderia me falar sobre mulheres que sofrem violência durante o processo de parto?

• **Vivência do processo parturitivo**

4. Você poderia me falar sobre o tipo de parto? Foi escolhido por você?
5. Como foi sua experiência do último parto?
6. Fale-me como você foi tratada pela equipe durante todo o processo de trabalho de parto e parto.
7. Quais as intervenções e procedimentos que foram realizados durante a sua internação?
8. Deseja fazer outro comentário sobre cuidado recebido no trabalho de parto e parto?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Representações Sociais de mulheres acerca da Violência Obstétrica”. Neste estudo pretendemos analisar as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de uma maior discussão sobre a realidade do cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, além de uma reflexão aprofundada sobre as atribuições de sentido e desdobramentos dessa experiência na vida da mulher, considera-se este estudo de grande relevância, pois os conhecimentos a partir das representações sociais podem contribuir com informações contextualizadas e específicas, fornecendo apontamentos para o aprimoramento de políticas de saúde voltadas à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): questionário sociodemográfico/obstétrico, técnica de associação livre de palavras e realização de uma entrevista semiestruturada, todas as suas respostas serão gravadas.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo relacionado a você sentir-se constrangida ou desconfortável em responder alguma pergunta e será respeitada sua vontade de não responder.

Além disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo são mostrar a realidade e apontar possibilidades para a melhoria no cuidado à mulher e seu filho durante o pré-parto, parto e pós-parto. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

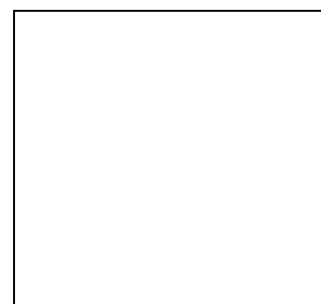
Eu, _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante da pesquisa

Impressão digital (se for o caso)

Pesquisadora responsável
ELBA MIRANDA NASCIMENTO



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora Responsável: Elba Miranda Nascimento
Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, S/N – UESB
Jequié (BA) – CEP: 45206-190
Fone: (73) 99979-3520 / **Email:** elbamiranda@gmail.com

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n,
1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP).
Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.
Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

ANEXOS

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Representações Sociais de mulheres acerca da violência obstétrica

Pesquisador: ELBA MIRANDA NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26399819.4.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.565.524

Apresentação do Projeto:

“Pesquisa descritiva-exploratória que terá com arcabouço teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais. O cenário de estudo serão as Unidades de Saúde da Família de Jequié-BA. As participantes serão 100 mulheres, escolhidas por amostragem intencional não probabilística, vinculadas às Unidades de Saúde da Família e que tiveram parto normal na Maternidade pública do município entre os anos de 2017 e 2019. A coleta de dados se dará em duas etapas. Na primeira etapa as 100 participantes responderão ao questionário sociodemográfico/obstétrico e participarão da Técnica de Associação Livre de Palavras utilizando-se o estímulo indutor “violência no parto”. Na segunda etapa será realizada a entrevista semiestruturada seguindo um roteiro com questões disparadoras com 30 mulheres. Para análise de dados serão utilizados os seguintes instrumentos e técnicas: para as evocações livres, o software Ensemble de Programmes Permettant l' Analyse des Evocations (EVOG), teste de similitude, teste de mise en cause e a constituição de pares pareados e os esquemas cognitivos de base; para as entrevistas, a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2016) e o software Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 4.565.524

Apreender a estrutura, os conteúdos e as atribuições de sentido das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica; Identificar o núcleo central das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica, por meio de testes de centralidade; Compreender a relação das representações sociais de mulheres sobre violência obstétrica com as situações de violência vivenciadas no processo parturitivo e as práticas assistenciais ofertadas à mulher durante o pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Apresenta risco mínimo relacionado ao participante sentir-se constrangida ou desconfortável em responder alguma pergunta e será respeitada sua vontade de não responder.

Benefícios: Os benefícios deste estudo são mostrar a realidade e apontar possibilidades para a melhoria no cuidado à mulher e seu filho durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado na área de ciências da saúde, do programa de pós-graduação strictu sensu em Enfermagem e Saúde, campus de Jequié.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1681232_E1.pdf OK

EMENDA_COLETA_VIRTUAL_CORRIGIDO.pdf OK

EMENDA_COLETA_VIRTUAL.pdf OK

AutorizacaoColetaDeDados.pdf OK

DeclaracaoDeMariana.pdf OK

TCLE.doc OK

FolhaDeRostoElba.pdf OK

DeclaracaoDeCompromissos.pdf OK

ProjetoDePesquisa.doc OK

Recomendações:

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2,

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

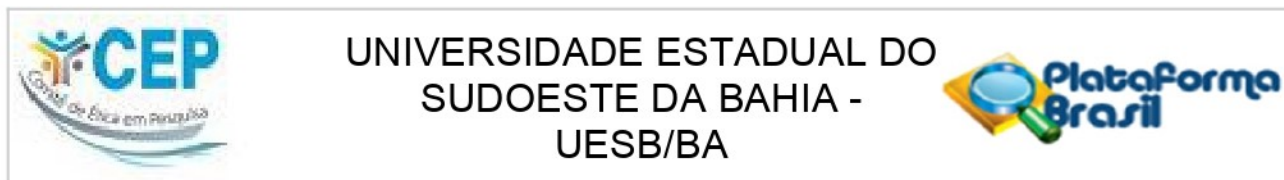
UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.565.524

alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada pela Pesquisadora Elba Miranda Nascimento atende às recomendações do CEP/UESB e portanto está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 26.02.2021, por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1681232_E1.pdf	03/02/2021 10:24:56		Aceito
Outros	EMENDA_COLETA_VIRTUAL_CORRIGIDO.pdf	03/02/2021 10:24:06	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Outros	EMENDA_COLETA_VIRTUAL.pdf	15/12/2020 10:15:16	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Outros	AutorizacaoColetaDeDados.pdf	02/12/2019 08:42:47	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoDeMariana.pdf	25/11/2019 14:27:59	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/11/2019 16:30:22	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoElba.pdf	11/11/2019 14:07:17	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoDeCompromissos.pdf	11/11/2019 11:11:07	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.doc	11/11/2019 11:10:16	ELBA MIRANDA NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 4.565.524

JEQUIE, 01 de Março de 2021

Assinado por:
Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepjq@uesb.edu.br

ANEXO B: AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário



Jequié, 28 de Novembro de 2019.

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que está autorizada a pesquisadora **ELBA MIRANDA NASCIMENTO**, à realizar a coleta de dados necessária a ser utilizado em seu Projeto de Pesquisa com o tema: **Representações Sociais de Mulheres acerca da violência Obstétrica**, Coordenada pela Profª Drª Vanda Palmarella Rodrigues, na **Unidade de Saúde da Zona Urbana e Rural**.

Esta autorização está condicionada a aprovação do CEP/UESB, bem como ao cumprimento da pesquisadora total e irrestritamente aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Atenciosamente,

Vitor Lavinsky
Secretário Municipal de Saúde

Vitor Lavinsky
Sec. Mun. de Saúde de Jequié
Decreto nº 19.421