

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 conexidade entre os elementos, ou seja, quanto maior, mais intensa
190 a conexidade (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

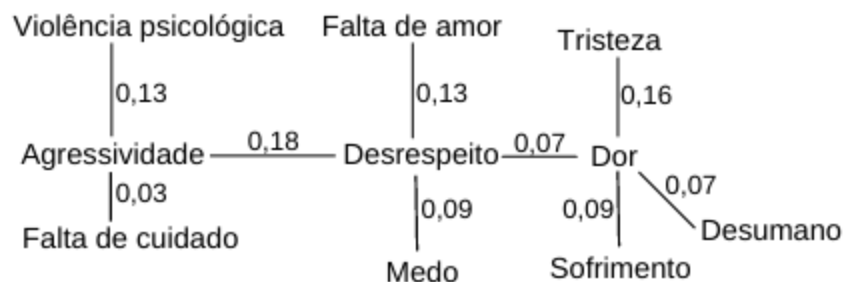
253

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