

Representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica

Social Representations of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle on Obstetric Violence

Representaciones sociales de mujeres en el ciclo gravídico-puerperal sobre violencia obstétrica

Michelle Araújo Moreira¹, ORCID 0000-0002-6998-8665
Mariana Xavier de Souza², ORCID 0000-0002-5777-1290

¹ *Universidade Estadual de Londrina, Brasil*

² *Hospital Deraldo Guimarães, Brasil*

Resumo: Objetivos: Traçar as características biopsicossociais das mulheres no ciclo grávido-puerperal e analisar as representações sociais dessas mulheres sobre a violência obstétrica. Metodologia: Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, norteado pela Teoria das Representações Sociais, realizado no período de setembro de 2021 a abril de 2022, com 40 mulheres atendidas em uma maternidade de Minas Gerais, no Brasil. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e da técnica de associação livre de palavras. A caracterização foi analisada pela estatística descritiva simples, a entrevista semiestruturada pela técnica de conteúdo temática proposta por Bardin e a técnica de associação livre de palavras pelo software Iramuteq. Resultados: 82,5 % das participantes possuíam faixa de 18 e 29 anos, 77,5 % intitularam-se pardas, 25 % tinham ensino médio completo e 65 % referiram renda de 1 a 3 salários-mínimos. Quanto à história obstétrica, 52 % possuíam idade gestacional entre 37 e 41 semanas, 70 % não haviam planejado a gravidez, 42,5 % haviam sido admitidas em trabalho de parto e 87,5 % estavam acompanhadas. A violência obstétrica é representada pelas mulheres de maneira superficial com enfoque na dimensão física e emocional, sendo em alguns momentos naturalizada. Conclusão: A violência obstétrica é uma grave problemática vivenciada pelo público feminino e a falta de conhecimento pode levar à naturalização, deixando-as em posição de ampla vulnerabilidade.

Palavras-chave: gravidez; período pós-parto; violência obstétrica; assistência à saúde; enfermagem.

Abstract: Objectives: To trace the biopsychosocial characteristics of women in the pregnancy-puerperal cycle and to analyze the social representations of these women on obstetric violence. Methodology: Descriptive study, qualitative approach, guided by the Theory of Social Representations conducted in the period from September 2021 to April 2022, with 40 women assisted in a maternity hospital in Minas Gerais, Brazil. The data was collected through a script of semi-structured interview and the technique of free association of words. The characterization was analyzed by simple descriptive statistics, the semi-

structured interview by the thematic content technique proposed by Bardin and the free word association technique by Iramuteq software. Results: 82.5 % of the participants had a range of 18 and 29 years, 77.5% self-identified as *pardas* (mixed race), 25 % had completed high school and 65 % reported income from 1 to 3 minimum wages. Regarding obstetric history, 52,0% had gestational age between 37 and 41 weeks, 70.0% had not planned pregnancy, 42.5% had been admitted for labor and 87.5% were monitored. Obstetric violence is represented by women in a superficial way with a focus on the physical and emotional dimension, being in some moments naturalized. Conclusion: Obstetric violence is a serious problem experienced by the female public and the lack of knowledge can lead to naturalization, leaving them in a position of broad vulnerability.

Keywords: pregnancy; postpartum period; obstetric violence; health care; nursing.

Resumen: Objetivos: Trazar las características biopsicosociales de mujeres en el ciclo gravídico-puerperal y analizar las representaciones sociales de estas mujeres sobre violencia obstétrica. Metodología: Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, guiado por la teoría de las representaciones sociales, realizado en el período de septiembre de 2021 a abril de 2022, con 40 mujeres atendidas en una maternidad de Minas Gerais, en Brasil. Los datos fueron recogidos a través de un guion de entrevista semiestructurada y de la técnica de asociación libre de palabras. La caracterización fue analizada por la estadística descriptiva simple, la entrevista semiestructurada por la técnica de contenido temático propuesta por Bardin, y la técnica de asociación libre de palabras por el *software* Iramuteq. Resultados: 82.5 % de las participantes poseían rango de 18 y 29 años, 77.5 % se identificaron como *pardas*, 25 % poseían enseñanza media completa y 65 % refirieron renta de 1 a 3 salarios mínimos. En cuanto a la historia obstétrica, 52 % poseían edad gestacional entre 37 y 41 semanas, 70 % no habían planeado el embarazo, 42.5 % habían sido admitidas en trabajo de parto y 87.5 % estaban acompañadas. La violencia obstétrica es representada por las mujeres de manera superficial, con enfoque en la dimensión física y emocional, a veces naturalizada. Conclusión: La violencia obstétrica es una grave problemática vivida por el público femenino y la falta de conocimiento puede llevar a la naturalización, dejándolas en posición de amplia vulnerabilidad.

Palabras clave: embarazo; período posparto; violencia obstétrica; atención de salud; enfermería.

Recebido: 27/02/2023

Aceito: 15/08/2023

Como citar:

Moreira MAM, Souza MX de. Representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2023;12(2):e3237. doi: 10.22235/ech.v12i2.3237

Correspondência: Michelle Araújo Moreira. E-mail: mamoreira@uesc.br

Introdução

O fenômeno social intitulado como *violência obstétrica* refere-se à apropriação ou invasão do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres. Representado através da patologização e medicalização dos eventos naturais, a mesma pode ocorrer em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, como também em situações de abortamento, e na maioria das vezes, pode resultar na perda da autonomia do público feminino em relação aos seus corpos e sexualidade. ⁽¹⁻³⁾

Sabe-se que as práticas obstétricas violentas podem ser influenciadas por diversos fatores a saber da formação precária dos profissionais e de dificuldades estruturais e desordens nos serviços. Movidas pelo desejo de contribuir para o desenvolvimento adequado dos seus filhos, estas mulheres podem se sujeitar a condutas inapropriadas dos profissionais de saúde envolvidos no processo, ampliando a subjugação e baixo protagonismo na gestação, parto e puerpério, ocasionando a violência obstétrica. ⁽²⁾

Entende-se que a violência obstétrica ancora-se em acontecimentos históricos e políticos do cuidado à mulher, que outrora era desempenhado exclusivamente no domicílio e por mulheres da comunidade e, especificamente, a partir do século XX, modifica-se para uma assistência obstétrica hospitalar com grande avanço tecnológico e permeada por inúmeras práticas intervencionistas que implicaram e ainda implicam diretamente no processo de humanização do gestar, parir e nascer, resultando muitas vezes em violência obstétrica. ⁽³⁾

Embora considerado com um problema de grande magnitude, a violência obstétrica permanece sendo desconhecida por parte das mulheres, que ao adentrarem nos serviços de saúde são submetidas à práticas desrespeitosas e humilhantes, com cerceamento dos seus direitos sexuais e reprodutivos, baixa ou nenhuma qualidade nas informações prestadas pelos profissionais de saúde, o que as leva a se submeter as hierarquias de poder e saber pela confiança depositada na equipe e, muitas vezes, naturalizar a violência sofrida durante a assistência. ⁽⁴⁻⁵⁾

Neste contexto, estudo desenvolvido com 276 mulheres apontou que 12,5 % das mulheres reconheceram ter sofrido práticas desrespeitosas durante o ciclo gravídico-puerperal, no entanto, as autoras chamam a atenção para o fato de que violações dos direitos das mulheres durante a análise dos questionários foram identificadas, porém não foram caracterizadas como violência obstétrica pelas participantes. Ademais, pesquisa realizada com mulheres no puerpério identificou que a maioria das entrevistadas não sabiam definir a violência obstétrica e que muitas não tinham ouvido o termo previamente. Tal fato aponta o desconhecimento das mulheres sobre a problemática bem como seus direitos sexuais e reprodutivos. ⁽⁶⁾

Assim, a violência obstétrica se torna cada vez mais institucionalizada, naturalizada e invisibilizada, de modo a ampliar as múltiplas vulnerabilidades às mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, além de desenvolver sentimentos de incapacidade, inferioridade e desvalia que interferiram na forma de gestar, parir e nascer. ⁽⁷⁻⁸⁾ Nesse sentido, esse fenômeno social enquanto questão urgente, que afeta mundialmente inúmeras mulheres, deve ser considerada como um potente indicador de resultados desiguais e negativos durante a assistência materno-infantil, permeado pelas práticas de desumanização, desrespeito, abuso e maus-tratos nos campos da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos humanos. ⁽⁹⁾

Ademais, tais violências ocorrem por motivos econômicos, sociais, culturais e geracionais, acarretando ampliação das vulnerabilidades e redução nos direitos assegurados

por lei às mulheres, tornando-as corpos reprodutivos, que podem ser dominados, controlados e abusados. ⁽⁵⁾

Nessa linha de pensamento, definiu-se a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, atendidas em uma maternidade filantrópica sobre violência obstétrica?

O estudo torna-se relevante por permitir a compreensão das representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica e por contribuir para a elaboração de estratégias capazes de mitigar a problemática atual, presente no cenário obstétrico. Deste modo, objetivou-se com a pesquisa: traçar as características biopsicossociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e analisar as representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica.

Método

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, norteado pela Teoria das Representações Sociais (TRS) que permite a compreensão do conjunto de concepções do sujeito, grupo ou sociedade sobre um determinado tema, assunto, acontecimento, e condutas representativas dentro do seu cotidiano. ⁽¹⁰⁾

A pesquisa contou com a participação de 40 mulheres, dentre elas 29 gestantes e 11 puérperas, atendidas em uma maternidade filantrópica localizada em Minas Gerais, no Brasil. Como critérios de inclusão das gestantes considerou-se: ser maior de 18 anos e ter realizado consultas de pré-natal. Foram excluídas gestantes com transtorno mental e/ou algum déficit cognitivo que dificultasse a compreensão da pesquisa e mulheres em situação de abortamento.

No que se refere às puérperas, foram selecionadas àquelas com idade maior de 18 anos e as que não possuíssem complicações no pós-parto imediato e como critérios de exclusão: puérperas com pós-parto patológico, as que tiveram natimorto ou perda fetal, as que pariram em casa ou em via pública e as que possuíam transtorno mental e/ou algum déficit cognitivo que dificultasse a compreensão da pesquisa.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram um roteiro de entrevista semiestruturada, envolvendo perguntas abertas relacionadas à temática pesquisada e a técnica de associação livre de palavras (TALP), que permitiu aos indivíduos pesquisados o fornecimento de informações relacionados à processos mentais, através da explicitação de palavras originadas por meio de dois estímulos, respectivamente: “assistência recebida dos profissionais de saúde durante a(s) sua(s) gravidez(es)” e “assistência recebida dos profissionais de saúde durante o(s) seu(s) parto(s)”.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), procedeu-se à aproximação e fornecimento de todas as informações do estudo às participantes vinculadas à instituição e o aceite através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a coleta realizada entre os meses de setembro de 2021 e abril de 2022, de forma presencial em uma sala do serviço, até que houvesse saturação teórica dos dados. Destaca-se que para a definição do quantitativo das participantes utilizou-se o critério de amostragem aleatória simples.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho digital, com duração média de 15 minutos. Salienta-se que foi dado às participantes a opção da pesquisa no formato remoto, através das plataformas Google Meet, Skype ou Zoom, porém, nenhuma delas optou por

essa modalidade. A transcrição ocorreu no processador de texto Microsoft Word, sendo analisadas pela técnica de conteúdo temática proposta por Bardin, que descreve o conteúdo das mensagens e os indicadores coletados, através da observação das comunicações.⁽¹¹⁾

Para a realização da TALP, as participantes foram orientadas sobre o tempo máximo para a resposta como sendo de dois minutos para cada estímulo e a não realizarem construções verbais elaboradas. No total, foram obtidas 171 evocações referentes ao primeiro estímulo e 136 evocações decorrentes do segundo estímulo.

O processamento e a análise dos dados se deu por meio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), que objetiva analisar termos evocados espontaneamente à cabeça a partir de um estímulo indutor e ao ser processado, possibilita ao pesquisador identificar co-ocorrências e conexão entre as palavras. Destaca-se que a utilização do *software* neste estudo, resultou na construção de duas Árvores de Similitudes.⁽¹²⁾

Para manter o anonimato das participantes foi apresentado uma lista com nome de flores, permitindo que escolhessem um que as representasse, conforme preceitos éticos das resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Resultados

Participaram da pesquisa 40 mulheres no ciclo gravídico-puerperal. No que se relaciona à caracterização biopsicossocial, a análise foi processada pela estatística descritiva simples. Das participantes, 17 (42,5 %) encontraram-se no período reprodutivo, de 24 a 29 anos, consideradas adultas jovens, sendo que 31 (77,5 %) intitularam-se pardas e 26 (65 %) católicas. Com relação a situação conjugal, evidencia-se que 25 (62,5 %) das mulheres estão em união estável ou casada. Em relação ao grau de escolaridade, destaca-se que apenas 10 (25 %) possuíam ensino médio, logo, parcela importante deste grupo está abaixo do ensino médio; além disso, a renda familiar das mulheres permanece baixa, em que 26 (65 %) referiram receber de 1 a 3 salários-mínimos, ocupando na sua maioria 13 (32,5 %) a função de dona do lar.

No que se refere ao histórico obstétrico, 15 (52 %) possuíam idade gestacional entre 37 a 41 semanas, 28 (70 %) não haviam planejado a gravidez, 17 (42,5 %) haviam sido admitidas em trabalho de parto, 35 (87,5 %) estavam acompanhadas e 7 (17,5 %) possuíam histórico de adoecimento mental antes da gravidez, parto e/ou resguardo.

Diante da caracterização biopsicossocial apresentada, observa-se que a violência obstétrica pode atingir as mulheres de forma diferenciada, quando relacionada às questões de idade, cor/etnia, classe social, estado civil, grau de escolaridade, presença de acompanhante e história obstétrica. Portanto, mulheres jovens, negras, solteiras, de baixo nível sócio econômico e com baixa escolaridade são mais propensas a vivenciarem abusos, desrespeitos e maus tratos nos serviços de atenção à saúde.

Ressalta-se ainda que após a construção da caracterização biopsicossocial procedeu-se a análise das entrevistas que permitiu a construção de duas categorias: *(Des)conhecimento de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica* e *Naturalização da violência obstétrica entre mulheres no ciclo gravídico-puerperal*.

Entende-se que, o pouco conhecimento das mulheres sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos aliados à questões sociais, corroboram com a imposição e aceitação de normas e valores atribuídos pelos profissionais de saúde durante as práticas assistenciais, que resulta na chamada violência obstétrica, que pode ser representada como atos de cunho sexual,

verbal e de abandono, desvelados através do tratamento grosseiro e desagradável, repreensões, gritos, ameaças e humilhações, conforme descrito abaixo:

Médicos que abusam, que mexem com a paciente (Áster).

Entendo que seja quando as enfermeiras são grossas com a gente (Flor de amendoeira).

Não ficar dando assistência, socorro (Hortênsia).

Violência obstétrica é quando o paciente pede ajuda e o profissional não ajuda ela na hora que tá ali precisando (Begônia).

Além disso, a violência obstétrica é representada pelas mulheres por práticas baseadas em decisões puramente pessoais dos profissionais de saúde e sem nenhuma evidência científica, como a episiotomia, a manobra de Kristeller, os toques vaginais repetitivos e a utilização de ocitocina para acelerar o trabalho de parto bem como ações não consentidas pelas usuárias, como revelado a seguir:

Violência obstétrica no meu caso e pelo que eu entendo, é quando cê tá em trabalho de parto, vem a enfermeira subir em cima pra poder forçar o bebê a sair. Querer tirar o bebê antes da hora (Dália).

Já ouvi falar que eles aplicam o soro sem informar a pessoa para estimular as contrações (Botão-de-ouro).

Corte, empurrar muito o bebê na hora do parto. Que eu já li mesmo foi mais ou menos isso (Cravina).

Fui tocada várias vezes (Lavanda).

Fui tocada de 5 a 6 vezes desde que cheguei (Copo-de-leite).

No caso de ignorar o consentimento pra certas coisas [...]. Não tem o seu consentimento e as pessoas fazem, no caso a “obstetra” faz (Lótus).

Você passar por procedimentos que não deu autorização (Lírio).

As falas remetem a um cuidado desrespeitoso e violento que diminui o protagonismo feminino e desconstrói a expectativa das mulheres por uma assistência de qualidade, o que pode ser ampliado para aquelas que desconhecem completamente o fenômeno, como apontado a seguir:

Nunca ouvi falar (Mimosa).

Não tenho noção do que seja (Flor de maio).

Saber assim... definitivamente não! Tem vários tipos de violências, mas a obstétrica eu não sei definir o que é mesmo não (Hibisco).

Já vi falar mais pela televisão, não na minha região (Áster).

Nota-se que, o desconhecimento ou baixo conhecimento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre a violência obstétrica pode impactar nas suas representações sobre este objeto, fazendo-as muitas vezes naturalizá-las, especialmente quando estão diante de procedimentos no momento da gestação e parto, como demonstrado abaixo:

Eu não fui orientada e não sabia como seria (Clívia).

Daqui do hospital ninguém me orientou não, mas em casa minha mãe já tinha me falado como seria e como ia acontecer (Íris).

Percebo que alguns profissionais não tem interesse em dizer se a gente não perguntar (Perpétua).

Os médicos só avaliam e saem (Gailárdia).

Tais representações sociais demonstram a importância de se operar com as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, com a educação permanente dos profissionais de saúde, com o conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos por parte das mulheres, de forma a oportunizar que novas simbologias possam surgir no decorrer das experiências do ciclo gravídico-puerperal, mitigando o fenômeno da violência obstétrica, como ilustrado na Figura 1.

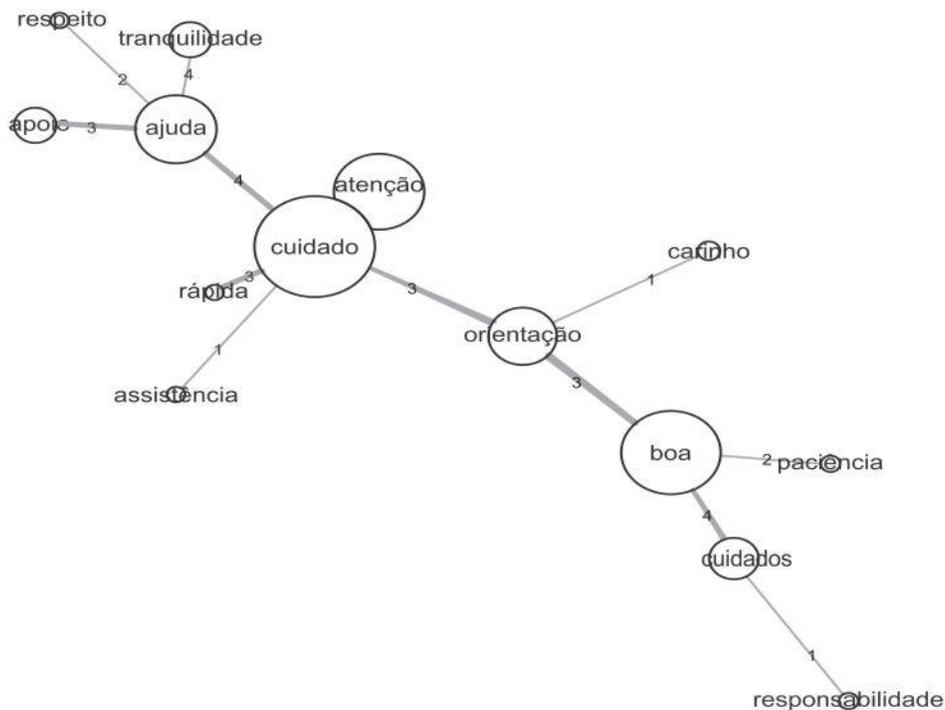


Figura 1. Árvore de similitudes do estímulo “assistência recebida dos profissionais de saúde durante a(s) sua(s) gravidez(es)”. Minas Gerais (MG), Brasil, 2021-2022.

Os termos mais evocados “boa”, “atenção”, “cuidados”, “ajuda” e “orientação” demonstram, por outro lado, práticas assistenciais positivas, o que leva a crer na necessidade de capacitação profissional, desde a entrada da gestante no serviço de saúde até a sua alta, estendendo a qualificação e humanização ao ambiente domiciliar.

Além disso, as evocações “respeito” e “paciência”, representadas na Figura 2, revelam componentes da humanização imprescindíveis no cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, fundamentais para a mitigação de qualquer ato violento contra as mulheres. Ressalta-se que o “respeito” permeia qualquer relação, especialmente a inter-relação profissional de saúde e usuária e a “paciência” denota a importância do cuidado atencioso, respeitoso e voltado às reais necessidades de cada mulher que vivencia o ciclo gravídico-puerperal, elementos importantes durante o desenvolvimento de ações voltadas às boas práticas na atenção ao gestar, parir e nascer.

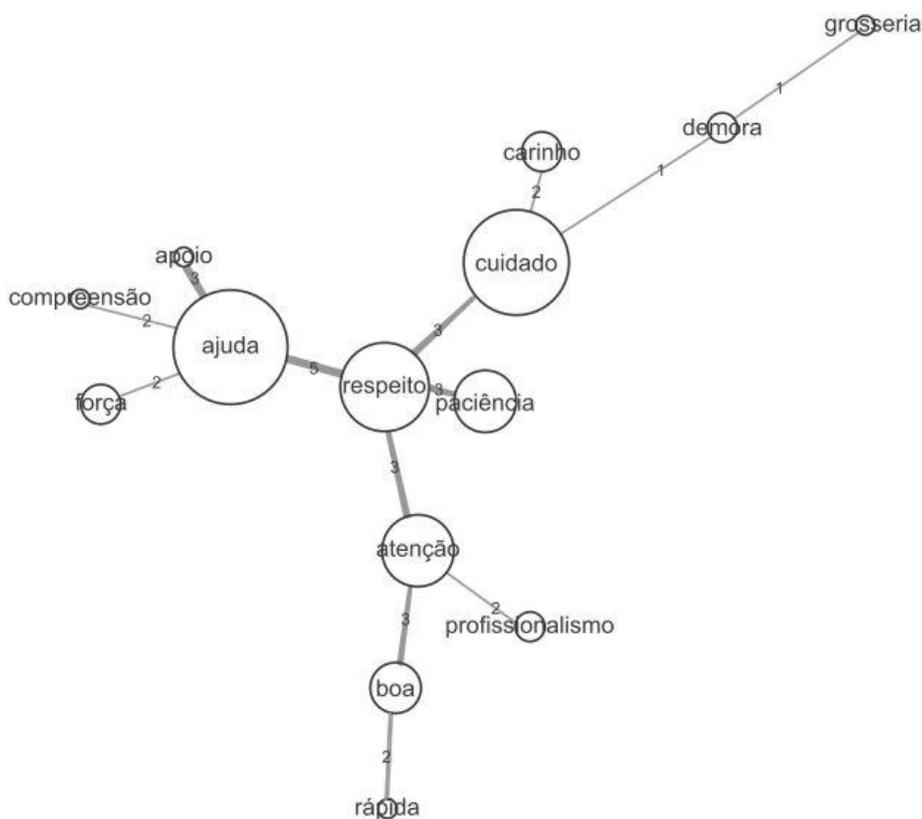


Figura 2. Árvore de similitudes do estímulo “assistência recebida dos profissionais de saúde durante o(s) seu(s) parto(s)”. Minas Gerais (MG), Brasil, 2021-2022.

Apesar da existência de relatos de práticas medicalizadas, intervencionistas e desconfortáveis observa-se que as mulheres avaliam positivamente a assistência recebida. Isso porque, apesar da violência obstétrica ser um problema antigo e recorrente, as condutas violentas são vistas como comuns, corriqueiras e que devem ser realizadas durante a

assistência. Então, ainda que enfrentem práticas de violência obstétrica, as mesmas são vistas como secundárias, necessárias e inerentes ao cuidado.

Nesse sentido, percebe-se que as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, embora com pouco conhecimento e naturalizando algumas ações assistenciais típicas de violência obstétrica, desvelam gradativamente as simbologias sobre o fenômeno, denotando a urgência por educação em saúde como forma de empoderá-las, torná-las cidadãs de direitos e com poder de escolha.

Por conseguinte, ressalta-se que as práticas obstétricas violentas, muitas vezes, são difíceis de serem identificadas pelas mulheres envolvidas, em virtude de serem compreendidas e legitimadas como indispensáveis, colaborando para a naturalização da violência obstétrica.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam as representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre a violência obstétrica, demonstrando que o conhecimento insuficiente, por parte de algumas mulheres, sobre este fenômeno amplia as vulnerabilidades femininas, usurpa os direitos sexuais e reprodutivos assegurados por lei e garantidos através dos movimentos feministas e contribui para a ocorrência de violências que acometem o físico, o emocional, o social e o inter-relacional das usuárias.

Nessa direção, a realização de práticas assistenciais no ciclo gravídico-puerperal sem respaldo científico não são identificadas e definidas pelas mulheres como condutas desrespeitosas. Estudos demonstram que a concepção cultural do processo gestar e parir é permeada de dor e intervenções, práticas estas que não são classificadas como violência obstétrica pela maioria das mulheres. ⁽¹⁵⁾

Nota-se ainda que as mulheres jovens, com baixa escolaridade, situação de renda familiar precária e de cor parda, tendem a ser as mais afetadas por práticas assistenciais violentas em virtude das desigualdades existentes, demonstrando a importância de mitigação deste tipo de violência em todos os cenários de assistência à mulher, especialmente naqueles em que existe uma dificuldade de acesso e qualidade no cuidado à saúde. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Nesse sentido, percebe-se que a violência obstétrica está relacionada às questões de gênero, de desigualdade social e de modelos assistenciais que prezam por intervenções desnecessárias e desrespeitosas com afastamento na relação entre profissional e mulher a ser cuidada. De igual modo, pode-se inferir que a naturalização de condutas assistenciais violentas associa-se às dimensões morais, conservadoras e do mito do amor maternal, cultuadas por diferentes religiões, especialmente aquelas ligadas ao catolicismo, momento em que as mulheres eram comparadas a Virgem Maria e, portanto, deveriam sujeitar-se ao sofrimento em benefício dos filhos, algo questionável nos dias atuais. ⁽¹⁸⁾

No tocante à situação conjugal, desvela-se que a maioria das mulheres permanece em união estável ou casada. Sabe-se que a presença e participação ativa de uma parceria durante a gestação e parto, pode ser considerada como um fator positivo para coibir práticas violentas e reduzir a insegurança das mulheres, o que deve ser constantemente estimulado pelos profissionais de saúde. ⁽⁸⁾ Além disso, o cumprimento da Lei Federal n.º 11.108 de 2005, conhecida como Lei do acompanhante também é elemento imprescindível para coibir a violência obstétrica dentro dos serviços de saúde. ⁽¹⁰⁾

No que diz respeito ao perfil biológico, grande parte das mulheres apresenta gestação a termo, sem ter planejado. Este dado aponta a necessidade dos serviços de saúde, em

especial a atenção primária, de identificar fatores de risco que podem ampliar as situações de vulnerabilidade, a exemplo do aborto inseguro, do adoecimento mental e da violência obstétrica. ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ Destaca-se que dentre os fatores que resultam em internação hospitalar, houve o predomínio do trabalho de parto como causa principal, momento representado por grande descarga emocional e física por partes das mulheres e considerada com uma fase de maior propensão às práticas caracterizadas como violência obstétrica. ⁽¹⁵⁾

Considerando a dimensão psicológica, aponta-se que as mulheres não relataram transtornos ou adoecimento mental antes da gravidez, parto e/ou resguardo. Mesmo diante dos achados, entende-se que o período gravídico-puerperal representa um momento de fragilidade emocional, pois, além das alterações biopsicossociais, o momento demanda adaptações à nova vida, podendo colocar a mulher em vulnerabilidade mental e em situações de violência obstétrica, mesmo diante de vivências ou experiências anteriores positivas na gestação, parto e puerpério. ⁽¹⁰⁾

Nesse contexto, estudos sinalizam que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais agressivo, violento e humilhante tende a ser o cuidado oferecido a ela, além do mais, o não reconhecimento e a naturalização da violência obstétrica pelo público feminino, é um problema de grande complexidade que demanda intervenção imediata. ⁽²⁰⁻²¹⁾

Pesquisas realizadas no Paquistão revelaram que a violência obstétrica se manifestou através de comunicação ineficaz, falta de cuidados de suporte, perda de autonomia, falta de recursos, abuso físico, verbal e discriminação, sendo as primigestas e pobres as mais maltratadas pelos serviços de saúde. Evidenciou-se ainda que a inexistência de educação sobre preparação para o parto e cuidados pós-natais e falta de apoio emocional por parte da rede familiar contribuiu para a ampliação da violência obstétrica. ⁽²²⁾

A partir de estudos realizados na América Latina e no norte da Europa observou-se, também, a ocorrência de práticas de violência obstétrica, muitas vezes, demarcada por condutas, tais como: limitar o movimento e a escolha da posição para parir; manter as parturientes sob jejum prolongado; realizar episiotomia e manobra de Kristeller, ambas proscritas; não permitir a privacidade e desqualificar verbalmente o poder e autonomia das mulheres. ⁽²³⁻²⁴⁾

No que tange ao continente africano, a violência obstétrica apresenta altas taxas devido aos partos instrumentais realizados nos hospitais com desrespeito e abusos às mulheres, demonstrando que este fenômeno é global e repercute na saúde física e mental destas usuárias dentro do sistema de saúde. ⁽²⁵⁾

Observa-se então que a problemática tem sido recorrente mundialmente na assistência a saúde destinadas às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo representada por violência verbal, através de comentários contrangedores, ofensivos e humilhantes por parte dos profissionais de saúde; como violência física, a exemplo da realização de episiotomia, manobra de Kristeller e o uso do fórceps para a retirada do bebê, e psicológica, manifestada por negligência, abandono, chantagens e ameaças. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Percebe-se que, em algumas situações, há uma naturalização de condutas desrespeitosas realizadas pelos profissionais de saúde em virtude do desconhecimento das mulheres sobre seus direitos e as formas de enfrentamento da violência obstétrica. ⁽²⁶⁾ A ausência de informações e o medo de falar e/ou se contrapor às práticas violentas aliados à falta de reconhecimento da sua individualidade e potencialidade, faz com que as mulheres se tornem vulneráveis a procedimentos desumanos, perpetuando a violência obstétrica. ^(8, 16, 17, 26)

Diante disso, evidencia-se que a violência obstétrica está intrinsecamente relacionada à violência de gênero e ao desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos que as fazem naturalizar e aceitar as práticas violentas recebidas. Logo, para se ter uma assistência humanizada, torna-se fundamental a formação e o aperfeiçoamento do profissional através da inclusão de práticas baseadas em evidências científicas e que considerem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. ⁽²¹⁻²⁷⁾

Ademais, um pré-natal realizado por profissionais que adotem condutas humanizada, baseadas em ações direcionadas para a individualidade de cada mulher, levando informações e independência, corrobora com a diminuição e até mesmo a extinção da violência obstétrica. Além disso, a educação em saúde torna-se indispensável para a população, uma vez que, a informação é uma poderosa ferramenta no combate à práticas violentas. ⁽¹⁶⁾

Conclusões

A caracterização biopsicossocial das pesquisadas foi representada por mulheres, majoritariamente, com faixa etária de 24 a 29 anos, pardas, católicas, em união estável ou casadas, do lar, em baixo nível de escolaridade e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Quanto à situação obstétrica, destacaram-se aquelas com gestação a termo planejada, admitidas em trabalho de parto, acompanhadas e com baixo histórico de adoecimento mental antes da gravidez, parto e/ou resguardo.

Observou-se, a partir do estudo, que as representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica traduzem-se em negligência, repreensões, grosserias, ameaças, humilhações e abuso de poder, ancorada nas questões de gênero, no contexto socioeconômico, político, cultural e familiar em que as mulheres encontram-se inseridas, resultando em diminuição da sua autonomia, empoderamento e protagonismo.

Neste contexto, a temática é pouco reconhecida e muitas vezes naturalizada nos serviços de saúde, sendo importante as estratégias para sua mitigação, através da educação em saúde, ampliando o conhecimento das mulheres e, especialmente, o cumprimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Ademais, entender as representações sociais sobre a temática a partir das usuárias do serviço é uma importante ferramenta que auxiliará no desenvolvimento de práticas que as empodere e as faça reconhecer seus direitos legais, o que consequentemente resultará na melhoria da assistência à saúde.

Deste modo, espera-se que o estudo fomenta na adoção de práticas que promovam a valorização feminina como sujeito ativo do ciclo gravídico-puerperal através da aquisição de conhecimentos sobre a temática como também do reconhecimento das práticas de violência obstétrica e que os profissionais sejam desafiados a realizarem um cuidado respeitoso e que devolva o protagonismo feminino.

Por fim, considera-se como limitação deste estudo, a dificuldade de entendimento da TALP por mulheres com menos escolaridade, embora tenha ocorrido exercícios com outros estímulos não pertencentes à pesquisa para que compreendessem a técnica. Contudo, isto não impediu atingir os objetivos propostos em virtude da excelência dos dados nas entrevistas.

Referências bibliográficas

1. Sturza JM, Nielsson JG, Andrade EP. Violência Obstétrica: uma negação aos Direitos Humanos e a saúde sexual e reprodutiva da mulher. *Revista Juris Poiesis*. 2020;23(32):380-407. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/article/view/8643/47967016>
2. Galiano JMM, Vazquez SM, Almagro JR, Martinez AH. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2021;34(5):526-536. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002
3. Albuquerque A, Oliveira LGSM. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*. 2018;(75):36-50 Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/126638>
4. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*. 2017;32(2):78-84. doi: 10.1016/j.recli.2016.12.001
5. Oliveira LLF, Trindade RFC, Santos AAP, Araújo BRO, Pinto LMTR, Silva LKB. Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Rev. enferm. UERJ*. 2019;(27):1-8. doi: 10.12957/reuerj.2019.38575
6. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFK, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021;34(4):e337-e345. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.003 PMID: 32653397
7. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017;11(1):40-46. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/118767>
8. Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveria AMN, Avarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. The Epistemic Injustice of Obstetric Violence. *Rev. Estud. Fem*. 2020;28(2):1-12. doi: 10.1590/1806-9584-2020v28n260012
9. Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felicio FC, Araújo RCB, Chamilco RASI. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto & contexto enferm*. 2020;(29):1-14. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248
10. Santos ALM, Bckes MTS, Smeha LN, Freitas HMB, Souza MHT. Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado. *Disciplinarum Scientia*. 2018;19(2):301-309. doi: 10.37777/2514
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.

12. Sousa YSO. O uso do Software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para pesquisas qualitativas. *Estud. pesqui. psicol.* 2021;21(4):1542-1560. doi: 10.12957/epp.2021.64034
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília: MS; 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
15. Palmarella VP. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica.* 2019;(37):66-79. doi: 10.15517/revenf.v0ino.37.35264
16. Assis JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.* 2018;(133):547-565. doi: 10.1590/0101-6628.159
17. Melo BLPL, Moreira FTLS, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR. Violência obstétrica à luz da Teoria da diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. *Rev. Cuid.* 2018;13(1):1-16. doi: 10.15649/cuidarte.1536
18. Palma CC, Donelli TMS. Violência Obstétrica em mulheres brasileiras. *Rev. Psicol.* 2017;48(3):216-230. doi: 10.15448/1980-8623.2017.3.25161
19. Martins FL, Silva BO, Carvalho FLO, Costa DM, Paris LRP, Junior LRG, et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Saúde Foco.* 2019;(11):413-423. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf
20. Madeira DFP, Queiroz MLS, Toletto RL. Violência Obstétrica: a relação entre violação do direito à assistência obstétrica humanizada e o patriarcado. *Saúde, Gênero e Direito.* 2020;9(4):1-41. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/51799>
21. Silva SES, Gasperin HG, Pontes FS. A violência obstétrica e o despacho do Ministério da Saúde. *Tensões Mundiais.* 2021;17(33):205-228. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/3076/4476>
22. Nascimento FC, Silva MP, Viana MRP. Assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev. Prev. Infecç. e Saúde.* 2018;4:6887. doi: 10.26694/repis.v4i0.6821
23. Hameed W, Uddin M, Avan BI. São mulheres desprivilegiadas e menos empoderadas privadas de cuidados de maternidade respeitosos: desigualdades nas experiências de parto

em unidades de saúde pública no Paquistão. PLoS One. 2021;16(4):e0249874. doi: doi: 10.1371/journal.pone.0249874 PMID: 33858009

24. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmaki E, Sidenius K, Steingrims-Dottir T, Wijma B. Patients experiences os abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(3):349-356. doi: 10.1080/00016340601185368
25. Flores YJR, Ibarra LEH, Ledezma AGM, Acevedo CLG. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2019;53(9):1-7. doi: 10.1590/s1980-220x2018028603464
26. Gebeyehu NA, Adella GA, Tegegne KD. Desrespeito e abuso de mulheres durante o parto em unidades de saúde na África Oriental: revisão sistemática e meta-análise. Front Med (Lausanne). 2023;10:1117116. doi: 10.3389/fmed.2023.1117116 PMID: 37153101
27. Nunes GFO, Melo DEB, Espínola MMM, Matos KKC, Viana LSS. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. Perspectivas Online: Biológicas & Saúde. 2020;10(35):12-29. doi: 10.25242/8868103520202086

Disponibilidade de dados: O conjunto de dados que embasa os resultados deste estudo não está disponível.

Participação dos autores: a) Planejamento e concepção do trabalho; b) Coleta de dados; c) Análise e interpretação de dados; d) Redação do manuscrito; e) Revisão crítica do manuscrito.

M. A. M. contribuiu em a, b, c, d, e; M. X. D. S. em a, b, c, d, e.

Editora científica responsável: Dra. Natalie Figueredo