



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 03, pp. 54827-54831, March, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24172.03.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONALIZADA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS INSTITUTIONALIZED OBSTETRIC VIOLENCE: A STUDY OF SOCIAL REPRESENTATIONS

Esther Aderno Souza<sup>1</sup>, Ninalva de Andrade Santos<sup>2</sup>, Juliana Costa Machado<sup>3</sup>, Aline Vieira Simões<sup>\*4</sup>, Roberta Laíse Gomes Leite Moraes<sup>5</sup>, Vilara Maria Mesquita Mendes Pires<sup>6</sup> and Vanda Palmarella Rodrigues<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Membro e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde (GPVIO). <sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do curso de Enfermagem da UESB. Membro e pesquisadora do GPVIO. <sup>3</sup>Enfermeira, Doutora em Ciências da saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB. Líder e pesquisadora do GPVIO; <sup>4</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB. Membro e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA; <sup>5</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem e saúde, Docente do curso de Enfermagem da UESB, Membro e pesquisadora do GPVIO; <sup>6</sup>Enfermeira, Doutora em Família na Sociedade Contemporânea. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB. Membro e pesquisadora do GPVIO; <sup>7</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Líder do GPVIO

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 10<sup>th</sup> January, 2022

Received in revised form

19<sup>th</sup> January, 2022

Accepted 25<sup>th</sup> February, 2022

Published online 28<sup>th</sup> March, 2022

#### Key Words:

Violência Obstétrica, Violência Contra a mulher, Saúde da Família, Profissionais Da Saúde.

\*Corresponding author: Aline Vieira Simões

### ABSTRACT

Objetivou-se apreender as representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a violência obstétrica. Pesquisa descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Participaram 83 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de um município do interior baiano. Os dados foram coletados através da Técnica de Evocação Livre de Palavras, seguindo um roteiro contendo os dados sociodemográficos e o estímulo indutor violência obstétrica. Os dados foram processados pelo *software* Evoc versão 2005, através da análise prototípica. Trata-se de subprojeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer 3.050.243. A violência obstétrica foi representada por sofrimento, desumanização, desrespeito à mulher no processo parturitivo, necessidade de capacitação profissional para prestar cuidado integral e humanizado e pelo desconhecimento das mulheres sobre as diversas situações que caracterizam a violência obstétrica. Ressalta-se a importância de capacitação profissional para a promoção do cuidado integral e minimização da problemática. Soma-se a isso a necessidade de ações educativas relacionadas com o reconhecimento da violência obstétrica e dos direitos reprodutivos, de modo que sejam assegurados a autonomia e o protagonismo da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Copyright © 2022, Esther Aderno Souza et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Esther Aderno Souza, Ninalva de Andrade Santos, Juliana Costa Machado, Aline Vieira Simões et al. "Violência obstétrica institucionalizada: um estudo de representações sociais Institutionalized obstetric violence: a study of social representations", *International Journal of Development Research*, 12, (03), 54827-54831.

## INTRODUCTION

A gestação é uma fase natural vivenciada pela mulher que pode sofrer reflexos das influências sociais, econômicas e culturais. Nesse período, a gestante passa por um processo de desenvolvimento

pessoal, preparando-se para assumir novo papel social como mãe. A forma como cada mulher vivencia esse período pode ter vários desdobramentos que irão influenciar na percepção em relação à maternidade (Castro e Rocha, 2020). A experiência do parto e nascimento por muito tempo era restrita ao âmbito familiar, sendo assistido por parteiras da comunidade, com total protagonismo da

mulher em todo o processo. Todavia, ao longo dos anos defrontou-se com a institucionalização do parto e nascimento, o qual teve grande destaque para minimizar os altos índices de mortalidade materna e neonatal. Esse novo modo de cuidar trouxe consigo o processo de medicalização da assistência, no qual os profissionais da saúde têm autonomia para decidir acerca do tipo de parto, bem como quanto ao manejo de diversas práticas a serem realizadas durante todo o processo de parturição, fato que contribuiu para que um evento fisiológico passasse a ter novo significado (Castro e Rocha, 2020; Silveira *et al.*, 2010). A partir dos avanços científicos e a institucionalização do parto, o profissional de saúde assumiu o protagonismo, com o aumento das intervenções cirúrgicas e emergenciais, o que levou ao aumento expressivo do processo de medicalização, procedimentos desnecessários, desrespeito à privacidade e o afastamento da gestante dos familiares (Menezes *et al.*, 2020). Esta nova realidade teve como desdobramentos a apropriação do corpo feminino, cuja passividade da mulher tem contribuído para ocorrências de situações caracterizadas como violência obstétrica. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma a cada quatro mulheres vivenciou algum tipo de violência obstétrica durante a assistência no ciclo gravídico-puerperal (Venturi *et al.*, 2010). A violência obstétrica constitui qualquer ato infringindo à gestante ou ao conceito sem o consentimento explícito e informado da mulher, comumente resultado do paradigma médico-hegemônico com violação da autonomia da parturiente. Este tipo de violência, embora seja frequente, ainda é pouco reconhecida, tanto pelas mulheres que a desconhecem, quanto por profissionais de saúde que centram o cuidado em práticas desatualizadas (Castro e Rocha, 2020). Para além dessas questões, há de se reconhecer ser a violência obstétrica alicerçada pelas questões de gênero, as quais determinam relações de poder desiguais entre homens e mulheres. Assim, sendo a mulher quem vivencia o processo gestacional, naturalizam-se as condutas de medicalização do corpo feminino e a inobservância dos direitos sexuais e reprodutivos, aumentando a vulnerabilidade da mulher para essas ocorrências (Marques, 2020). Atualmente, políticas públicas governamentais têm sido implementadas com a finalidade de garantir um atendimento mais humanizado e de maior qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal, assim como em situação de abortamento. Dentre estas, se destacam o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, e a Rede Cegonha, emergida em 2011, visando à redução da mortalidade materna e infantil e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Brasil, 2002; Brasil, 2017).

As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde apesar de terem como meta a melhoria da qualidade da assistência obstétrica de modo geral, parece não ter conseguido total êxito dado ser a violência obstétrica considerada, atualmente, relevante problema de saúde pública. Esse tipo de ocorrência não se limita apenas às agressões físicas e verbais, posto que também envolve as formas de organização institucional, o acesso à assistência qualificada no ciclo gravídico-puerperal, humanização do cuidado, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros aspectos. Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada no sistema e sua correlação com as situações de violência obstétrica que ocorrem no território adstrito, apresenta-se como questão norteadora deste estudo: quais as representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a violência obstétrica?

Nessa perspectiva, constituiu objetivo apreender as representações sociais das equipes da ESF sobre a violência obstétrica. O indivíduo, como ser pensante, na tentativa de compreender o mundo, ao se deparar com o desconhecido, passa a buscar no seu imaginável, conhecimentos que possam desnudar o objeto ou fato que deseja se aproximar, de modo que este novo processo de interação seja naturalizado, em outras palavras, se torne familiar. Nessa percepção, a Teoria das Representações Sociais (TRS) considera que todos os seres humanos são seres pensantes e construtores de conhecimentos e que estes implicarão em suas práticas cotidianas (Moscovici, 2015). Assim, é fundamental o reconhecimento das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica, uma vez que

estas direcionam as práticas de cuidado, evidenciando-se a possibilidade de serem repensadas ou ressignificadas, ao desvelar novos conhecimentos e práticas sociais e proporcionar uma assistência mais humanizada e digna às mulheres no processo parturitivo.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratória de natureza qualitativa tendo como referencial a abordagem estrutural da TRS, a partir da Teoria do Núcleo Central (TNC) proposta por Abric (1998). As representações sociais estão presentes nas relações humanas através da fala, de gestos e relações, assim como pode interferir nos comportamentos de profissionais que atuam na área de saúde (Wachelke e Camargo, 2007). A TRS em sua abordagem estrutural está representada pelo conjunto de elementos configurados no quadro de quatro casas, organizado em uma estrutura constituída por elementos periféricos e elementos centrais. Ademais, toda representação se organiza em torno do Núcleo Central (NC), que determina ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna (Abric, 1998). Segundo a TNC proposta por Jean-Claude Abric, no quadro de quatro casas encontra-se no quadrante superior esquerdo o NC, que caracteriza uma representação mais consensual e estável, sendo menos sensível a mudanças externas ou das práticas cotidianas. Em seguida, encontram-se os quadrantes superior e inferior direito, respectivamente, a primeira e a segunda periferia. No quadrante inferior esquerdo estão os elementos de contraste. Esses quadrantes são de relevância para a contextualização do NC (Abric, 1994). A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2019 a fevereiro de 2020 em 13 Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na zona urbana de um município do interior baiano (7 com equipes únicas e 6 com equipes duplas). Participaram da pesquisa 83 profissionais de saúde selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: mínimo de dois meses de atuação na USF. Foram excluídos os que estavam afastados do trabalho por férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta de dados. A pesquisa obedeceu às Resoluções 466/2012 e a 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Trata-se de recorte do subprojeto intitulado “Representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre violência obstétrica”, sob o CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovado sob o parecer nº 1.875.429/2016. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo às resoluções supracitadas, explicitando os objetivos e a sua participação. Os profissionais participaram da Técnica de Evocações Livre de Palavras que se configura como uma técnica projetiva, que pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente, sendo possível buscar representações cristalizadas, por meio da utilização de estímulos indutores. Para tanto, o participante deve responder rapidamente, cinco palavras que vier a sua mente ao ouvir o estímulo indutor “violência obstétrica” (Nóbrega e Coutinho, 2011). Após a elaboração das cinco palavras foi solicitado que as mesmas fossem colocadas em ordem de importância e justificassem as duas primeiras palavras escolhidas. As evocações foram processadas pelo software Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Evocations (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès. Realizou-se a análise prototípica dos dados a qual organiza as evocações coletadas tendo como princípio a frequência e a ordem média de evocações. Os valores obtidos pelo referido software estabelecem a localização das evocações em um quadro de quatro casas. Em seguida, procedeu-se à interpretação à luz dos achados da literatura. Além disso, a análise utilizou-se das justificativas coletadas dos participantes como evidência confirmatória corroborando com evocações levantadas pelos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 83 profissionais (14 técnicos em enfermagem, 17 enfermeiros, 36 agentes comunitários de saúde, três técnicos em saúde bucal, um auxiliar de consultório dentário, quatro médicos e oito cirurgiões-dentistas), sendo 92,8% do sexo feminino e 7,2% do

sexo masculino. A maioria (42,5%) tinha idade na faixa etária dos 20 a 30 anos de idade e 59,0% eram casados. Em relação ao tempo de formação, a maioria dos participantes (53,0%), tinha mais de 11 anos de conclusão do curso. Identificou-se que 66,0% atuavam na ESF a mais de 11 anos, sendo que 81,0% possuíam apenas um vínculo trabalhista, 89,0% nunca participou de curso sobre a temática violência obstétrica. Frente ao estímulo indutor violência obstétrica, foram evocadas 393 palavras, sendo 121 diferentes, o que gerou um quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 8, frequência intermediária 13 e a ordem de prontidão média de 2,70, conforme exposto no Quadro 1.

**Quadro 1. Quadro de quatro casas frente ao estímulo violência obstétrica, Bahia, 2021**

Frequência > 13 / Rang < 2,70			Frequência > 13 / Rang > 2,70		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
desumanização	19	2,579	desamor	17	2,765
sofrimento	30	2,667	desrespeito	17	2,765
			violência	13	3,462
Frequência < 12 / Rang < 2,70			Frequência ≤ 8 / Rang > 2,70		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
agressão	12	2,417	falta-conhecimento	8	3,750
gestação	10	2,800	médico	8	3,250
humilhação	12	2,500	morte	9	4,222
			raiva	12	2,917

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Por ordem decrescente de frequência, compõem o NC os cognemas sofrimento e desumanização. Infere-se que as evocações dos profissionais de saúde parecem evidenciar o sentimento vivenciado pela parturiente, com destaque aos atos desumanos que as mesmas são submetidas no atendimento realizado pelos profissionais. Observa-se também que apesar do termo sofrimento conter a maior frequência, o mesmo foi evocado mais tardiamente dentre os dois elementos do NC, enquanto desumanização foi o mais prontamente evocado. Os profissionais justificaram as evocações desumanização e sofrimento referindo:

Porque a partir do momento que o profissional atende uma paciente com desrespeito, não há humanização. Falta de zelo pelo profissional direcionado à paciente (P 80).

Sufrimento, por ser processo doloroso da parturiente, que está passando por um momento delicado, quando deveria ter afeição do profissional e orientação e cuidado em um momento delicado, do momento do parto (P 9).

O profissional que está atendendo precisa de mais humanidade e de mais amor (P 36).

Na TRS as pessoas constroem representações para compreenderem e se comunicarem com o mundo e se localizarem nele, entenderem as suas existências, as relações que as cercam, os acontecimentos, seres, objetos. Nesse sentido, as vivências estabelecidas pelas construções sociais estimulam uma série de opiniões, pensamentos e ideologias entre as pessoas, que vão surgir dessas representações sociais e podem direcionar diversas tomadas de decisão, dentre elas as práticas assistenciais dos profissionais de saúde da ESF (Moscovici, 1981). Esses dois cognemas desumanização e sofrimento presentes no núcleo central apontam uma representação pragmática da violência obstétrica pelos profissionais de saúde da ESF. Para esses participantes, a desumanização pode estar vinculada ao não cumprimento da PHPN pelos profissionais, o que vai ocasionar um sofrimento para as mulheres que vivenciam o processo de parturição. Essas evocações reiteram o que a OMS (2014) já destacava sobre a assistência permeada de condutas errôneas e intervenções desnecessárias como ato desumano, violando a integridade física, psíquica e o direito à saúde da mulher, coadunando os achados do estudo. Evidencia-se que a aceleração do trabalho de parto, pelo uso indiscriminado da manobra de Kristeller, amniotomia e/ou ocitocina, desempenha importante papel na redução da taxa de parto espontâneo, um reflexo da forte influência do modelo tecnocrático sobre as práticas dos profissionais (Sousa *et al.*, 2016).

Por sua vez, a base de ensino em obstetrícia no Brasil, ainda exige que o discente possua certo número de procedimentos em sua formação, o que contribui para que mulheres parturientes mais pobres e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), fiquem expostas ao treinamento de habilidades. Essa metodologia pode contribuir para perpetuar o uso não informado e não consentido dos corpos das mulheres (Menezes *et al.*, 2020). A fim de garantir uma assistência adequada e mais segura, surge o Movimento pela Humanização do Parto que incorporou os achados da Medicina Baseada em Evidências para fortalecer sua crítica em relação à medicina tradicional, a partir do entendimento do uso de crenças e valores fundamentados em

concepções culturalmente ultrapassadas. A busca pela legitimação científica diz respeito à preocupação do movimento em ser considerado como alternativo e para que essa concepção de humanização possa ser legitimada como paradigma, que sustente um modelo de prática a ser preconizada (Lazzarini e César, 2019). A PHPN busca estimular o aprimoramento da assistência à saúde da gestante em todos os níveis de atenção, com difusão de informações às unidades de atendimento por todo o Brasil sobre como realizar um atendimento seguro e de acesso fácil a todas as gestantes no pré-natal, parto e pós-parto (Brasil, 2002). Formam a primeira periferia, em ordem decrescente de frequência as evocações desamor, desrespeito e violência que atuam de forma a integrar as experiências do núcleo central, corroborada pela justificativa a seguir:

As pessoas (profissionais) são agressivas, comentam que na hora de fazer é gostoso, mas para parir ficam gritando. Na hora de administrar o soro são grosseiras e também não dão socorro imediato (P. 10).

Os achados destacaram comportamentos e conceitos sobre a prática da violência obstétrica, sendo que as representações sociais dos profissionais de saúde evidenciaram as formas física e psicológica da violência obstétrica. É possível relacionar essas representações à forma como os profissionais de saúde visualizam as mulheres e exercem o cuidado, sendo guiados por um modelo hegemônico de assistência ao parto.

A OMS (2014) chama atenção para o fato de as gestantes sofrerem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, em nível mundial. O processo gestacional em si já pode ser considerado um agente de mudança ocasionada por fatores físicos, emocionais, culturais, dentre outros, deixando a mulher mais suscetível às condutas abusivas. Esta fragilidade é reconhecida pelo Código Civil Brasileiro nos artigos 152 e 156 que concede proteção especial à mulher (Lazzarini e César, 2019). Santos (2018) destaca casos de piadas sobre o peso da gestante, os pelos pubianos, discriminação da parturiente em decorrência da raça, posição social, religião, profissão ou escolha sexual como sendo estes apenas alguns dos exemplos de como se caracteriza a violência obstétrica. A discussão sobre o controle dos corpos femininos perdura há tempos, na busca por direitos e autonomia das mulheres. Entretanto, no dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil declarou o uso do termo “violência obstétrica” inadequado e prejudicial à assistência no ciclo gravídico-puerperal, o que leva a um retrocesso e desamparo das mulheres acometidas (Brasil, 2019). Com o desejo de um parto seguro, a mulher adentra ao hospital ou segue para os atendimentos

de pré-natal nas unidades básicas, porém acabam por se deparar com uma realidade de negligência e abuso de poder, um atendimento com uso indiscriminado de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhante, em que há falta de informação às mulheres e até a negação ao direito ao acompanhante, o que é considerado um desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além de uma violação dos direitos humanos (Zanardo *et al.*, 2017). Assim, a mulher não é esclarecida quanto à possibilidade de escolher seu acompanhante durante o trabalho de parto até o pós-parto imediato, por vezes havendo restrições quanto ao sexo do acompanhante, impossibilitando a escolha do companheiro, ou ainda é negada a companhia (Zanardo *et al.*, 2017). A falta de informação e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal, leva a mulher a perder sua autonomia no momento do parto e a sentir medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Por consequência, isso implica em danos emocionais/psicológicos, tornando a mulher insatisfeita diante do parto normal e a desistir de futuras gestações. Além das consequências sobre a morbimortalidade materna-infantil, evidenciam-se os efeitos negativos sobre vínculo binômio mãe-filho (Castro e Rocha, 2020).

Ressalta-se que a falta de empatia e respeito como consequências da desumanização do cuidado, a partir da assistência mecanizada e fragmentada exercida por profissionais, pautam-se em práticas desatualizadas (Castro e Rocha, 2020). Evidencia-se que mais de 90% da amostra deste estudo é composta majoritariamente pelo sexo feminino. Além disso, cerca de 90% dos profissionais não possuem especialização em obstetrícia ou sequer participou de algum curso sobre violência obstétrica, o que mostra como a temática ainda é invisibilizada, naturalizada e pouco reconhecida, inclusive entre as próprias mulheres. Demonstra ainda como a temática é negligenciada desde o período de formação, resultando em profissionais despreparados para lidar com a parturiente (Sens e Stam, 2019). A segunda periferia é composta, sendo apresentada em ordem decrescente de frequência, pelas evocações raiva, morte, médico e falta-conhecimento. Ambas as periferias contemplam a contextualização do NC, ao evidenciar o sentimento de raiva que os profissionais de saúde sentem diante dos casos de violência obstétrica que podem levar a morte da mulher. Em contrapartida, a violência obstétrica parece decorrer de prática rotineira do profissional médico na assistência, que por vezes não tem conhecimento para atuar nesse contexto. Assim, a segunda periferia demonstra a representação da prática profissional no processo de parturição. Como referido anteriormente, o processo de trabalho de parto deveria ser permeado por um conhecimento técnico-científico que amparasse a mulher, oferecendo suporte e segurança necessários e segurança no momento do parto. Fica evidente a posição de insegurança e medo em que as mulheres são submetidas, havendo uma necessidade imediata de um melhor trabalho na relação médico-paciente e tentar desmistificar a visão do profissional como detentor de todo o conhecimento (Silveira *et al.*, 2010). Passando à mulher a segurança de estar protagonizando o próprio parto. É possível observar a falta de preparo e sobrecarga de trabalho como motivos que podem contribuir para a ocorrência da violência obstétrica, a partir das justificativas das evocações dos profissionais do estudo:

Porque o preparo técnico e psicológico do profissional conta muito nessa hora. Se ele não tiver esse preparo, a chance de ocorrer a violência obstétrica é grande. Os profissionais fazem plantões muitos extensos e no final eles vão estar estafados. Não que justifique, mas a gente entende (P.70).

Por conta das atitudes dos profissionais, sobrecarga de trabalho, estresse (P.83).

A falta de suporte institucional e precarização do trabalho dos profissionais de saúde, influenciam negativamente no desempenho das atividades, na medida em que aumenta o número de pacientes atribuídos aos profissionais e menor satisfação quanto ao cuidado recebido. Nesse contexto, é que se deve pensar no profissional como talvez uma vítima institucional, submetido a condições precárias de

trabalho, que leva a um pré-natal ineficaz ou ausente e que a falta de valorização do profissional acaba por gerar angústia e sofrimento do mesmo, desencorajando-o para a prática (Sens e Stamm, 2019). Silveira *et al.* (2010) trouxeram no seu estudo a forma marcante de noção atribuída ao médico de “fazer” coisas durante o processo de parto, como o próprio parto e uma série de práticas de assistência. Levanta-se em questão os sentimentos de medo e insegurança que os profissionais do estudo sentiam na realização da prática, e não a viam como uma real indicação técnica sustentada pela ciência. Considera-se que a precarização do trabalho em saúde precisa ser considerada e combatida, entretanto não pode ser utilizada como justificativa para a ocorrência de violência obstétrica. Somado a isso, urge a necessidade premente de capacitação como forma de informá-los da presença da violência em todos os níveis de atenção e que esta pode ser cometida por inúmeros profissionais da assistência, não apenas pelo médico, no intuito de humanizar as práticas básicas de cuidado à mulher no processo parturitivo. Destacam-se como elementos de contraste as evocações agressão, humilhação e gestação. Apesar de representar o quadrante com menores frequências e com as palavras mais tardiamente evocadas, auxiliam na interpretação do NC e muitas vezes pode contemplar as representações sociais de um grupo reduzido de participantes. Estas evocações parecem reafirmar que os profissionais da ESF reconhecem a violência obstétrica como agressão e se sensibilizam com a humilhação vivenciada pelas mulheres, com destaque à gestação. Teixeira *et al.* (2020) retrataram que essa assistência desrespeitosa vai desde uma violência verbal (humilhação, tratamento grosseiro, gritos, entre outros), negligência na assistência até uma violência física. Atitudes evitáveis que geram consequências físicas e psicológicas à mulher, além da diminuição da confiança nos profissionais da saúde.

Porque às vezes as mulheres têm medo de denunciar as violências sofridas durante o parto e se sentem oprimidas e silenciadas. Muitas vezes só ficam sabendo que sofreram algum tipo de violência na consulta puerperal (P 58).

Negligência: os profissionais deixam a desejar no atendimento quando trata-se de instituição pública (P 10).

Menezes *et al.* (2020), destacaram as atitudes de profissionais de saúde descritas como maus-tratos físicos, psicológicos e verbais contra gestantes no ambiente hospitalar. Além do desrespeito, foram relatados possíveis elementos centrais das representações sociais: a imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade e recusa em prestar assistência às mulheres durante o processo de parturição e em casos de abortamento. Em algumas pesquisas se evidencia que constantemente a imagem do profissional de saúde está atrelada como detentor de todo o conhecimento, responsável em realizar o parto, enquanto a mulher fica submetida à sua vontade. Desta forma, predominou-se um elemento de representação social segundo o qual o parto é visto apenas como um serviço a ser prestado pela medicina (Silveira *et al.*, 2010). Como consequência, se destacam os sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo das mulheres em situação de violência obstétrica (Menezes *et al.*, 2020). Os profissionais da ESF destacaram a importância do conhecimento sobre violência obstétrica pela mulher para o cuidado mais qualificado:

Se a gestante tiver informação, o cuidado será maior e melhor (P 83).

Falta de respeito com a gestante, a fragilidade dela, se aproveita da falta de informação da paciente (P 13).

Os achados da literatura referem que práticas violentas e agressões estão intimamente ligadas à violência obstétrica, as mais relatadas e que ocorrem sem o consentimento da mulher destacam-se a episiotomia rotineira, a ruptura prematura das membranas; a manobra de Kristeller, a pressão exercida pelo profissional no fundo do útero da mulher, a fim de acelerar o trabalho de parto; uso abusivo de fórceps; negação de medicamentos para o alívio da dor; toques

vaginais excessivos e feitos por diversos profissionais; a restrição no leito; proibição de alimentação (Castro e Rocha, 2020; Pauletti *et al.*, 2020). Além disso, a negação do acompanhante e ações negligentes e imprudentes de profissionais de saúde, violam sua autonomia, sem embasamento científico, com o intuito de acelerar o parto, não respeitando a integridade e fisiologia da mulher (Pauletti *et al.*, 2020). Estudo mostrou que os diversos tipos de humilhação e agressividade, não se limitam ao ser mulher, posto que a condição socioeconômica e etnia também se tornam motivos de perpetuação do preconceito e atos de violência nas mãos de profissionais desqualificados. Observa-se a tendência ao tratamento rude e humilhante, em especial às mulheres pobres, negras e com menor escolaridade, sendo essas mais vulneráveis à discriminação (Menezes *et al.*, 2020). Ressalta-se que a violência pode estar presente tanto no pré-natal, parto, puerpério e até mesmo através de traumas que podem perdurar por toda vida, devendo ser prevenida e combatida veementemente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais dos profissionais da saúde a respeito da violência obstétrica demonstraram um processo de sofrimento, desumanização, desrespeito à mulher no cuidado ofertado no processo parturitivo além da falta de conhecimento sobre práticas humanizadas por parte dos profissionais e desconhecimento das mulheres sobre seus direitos como forma de prevenir a violência obstétrica. Por sua vez, a temática ainda é invisibilizada e pouco reconhecida, sendo muitas vezes naturalizada nos serviços de saúde, com evidentes relações de poder entre profissionais que reafirmam a ocorrência de condutas de violência. Frente a estas constatações, nota-se ser preciso incentivar a ampliação do conhecimento sobre a violência obstétrica, para mulheres, profissionais de saúde e sociedade em geral, a fim de levantar discussões que envolvam não apenas as instituições hospitalares, mas também a APS e seu papel diante da violência obstétrica. A violência obstétrica pode ter repercussões que marcam a vida das mulheres no âmbito físico e/ou psicológico para o resto da vida. Um evento que deveria ser permeado de prazer, da realização da maternidade, não deveria ser sinônimo de sofrimento. Neste sentido, ratifica-se a importância de estudos que contribuam para identificação da problemática e, sobretudo, para implementação de políticas públicas que permitam sua minimização. Portanto, conclui-se que a TRS se mostrou oportuna por possibilitar a identificação das representações que estão no núcleo central e na periferia orientando a tomada de decisão para futuras ações com os profissionais de saúde envolvidos na assistência as gestantes e parturientes.

## REFERÊNCIAS

Abric JC. 1994. Práticas e representações sociais. Paris: PUF.  
 Abric JC. 1998. A abordagem estrutural das representações sociais. Em: Moreira ASP, Oliveira DC. (org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, p. 27-37.  
 Brasil, 2017. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Rede Cegonha. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>.  
 Brasil. 2002. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

Brasil. 2019. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Recomendação N° 5, de 9 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>.  
 Castro ATB, Rocha SP. 2020. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*. 11(1), pp.176-181.  
 Lazzarini VSCB, César MBIN. 2019. A violência obstétrica, a vulnerabilidade da mulher e suas consequências. Ponta Grossa, PR: Atena.  
 Marques SB. 2020. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário, Brasília*. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/ resource/pt/biblio-1087840>.  
 Menezes FR *et al.* 2020. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface (Botucatu)*. 24, pp. e180664.  
 Moscovici S. 1981. *Cognição social: perspectivas sobre a compreensão do dia a dia*. London, Academic Press.  
 Nóbrega SM, Coutinho MPL. 2011. O teste de associação livre de palavras. Em: Coutinho MPL, Saraiva ERA (org.). *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária.  
 OMS - Organização Mundial da Saúde. 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3).  
 Pauletti MJ *et al.* 2020. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermería*. 9(1), pp. 3-20.  
 Santos MBB. 2018. Violência Obstétrica: A Violação aos Direitos da Parturiente e a Desumanização do Parto. *Revista de Direito UNIFACEX*. 7(1), pp. 1-23.  
 Sens MM, Stamm AMNF. 2019. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu)*. 23, pp. e180487.  
 Silveira SC *et al.* 2010. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 23(1), pp. 1-10.  
 Sousa AMM *et al.* 2016. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*. 20(2), pp. 324-331.  
 Teixeira PC *et al.* 2020. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Nursing*. 23(261), pp. 3607-3615.  
 Venturi W *et al.* 2010. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf).  
 Wachelke JFR, Camargo BV 2007. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*. 41(3), pp. 379-390.  
 Zanardo GLP *et al.* 2017. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. 29, pp. e155043.

\*\*\*\*\*