



## Representações Sociais do Parto para Mulheres

*Camila Maffioletti Cavaler<sup>1</sup>, Amanda Castro<sup>2</sup>, Raíssa Cardoso Figueiredo<sup>3</sup>; Tatiane Neves Araújo<sup>4</sup>*

**Resumo:** A presente pesquisa objetivou identificar as representações sociais do parto para mulheres. Pesquisa qualitativa associada a entrevistas episódicas com cinco mulheres da região de Criciúma, Santa Catarina. As representações sociais abarcaram seis eixos categóricos 1) justificativa pela necessidade, 2) parto como passagem, 3) parto normal como algo difícil em oposição a cesariana como algo fácil, 4) cirurgia e suas marcas, 5) sentimento de incapacidade de fazer parto normal e 6) dor como fator decisivo. O parto normal foi caracterizado de um lado pela dor e por outro pela atividade da mulher no processo. A representação da cesariana foi concretizada na figura da cicatriz e descrita pela necessidade de realização diante de situações de risco. Por fim, ambos os partos foram caracterizados pela dicotomia facilidade e dificuldade.

**Palavras-chave:** Representações sociais; Parto normal; Cesariana.

## Social Representations of Childbirth for Women

**Abstract:** The objective of the present research was to identify the social representations of childbirth for women. Qualitative research was carried out in association with episodic interviews with five women from the region of Criciúma, Santa Catarina. Among the results found, it is possible to emphasize that the social representations of childbirth seem permeated by the experience of women in childbirth, also encompassing the knowledge shared by the experience of other women. There are six categorical axes: 1) justification by necessity, 2) childbirth as a passage, 3) normal childbirth as something difficult as opposed to cesarean as something easy, 4) surgery and its marks, 5) feeling of inability to do normal childbirth and 6) pain as a decisive factor. Normal childbirth was characterized on the one hand by pain and on the other by the activity of the woman in the process. The representation of the cesarean section was described by the fact that it was concretized in the figure of the scar and on one side and the other side described by the need to perform in the face of risk situations. Finally, both deliveries were characterized by the dichotomy of ease and difficulty.

**Keywords:** Social representations; Normal delivery; Caesarian section.

<sup>1</sup> Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Contato: camilamaffioletti@hotmail.com;

<sup>2</sup> Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre em Psicologia. Especialista em Psicodrama pelo Centro Universitário Amparense - Unifia. Especialista em Psicologia do desenvolvimento pela Universidade de Araraquara - UNIARA. Psicóloga formada pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Professora na Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc e no curso de formação em Práticas de grupo e Especialização em Psicodrama na Escola Viver Psicologia: psicodrama. Contato: amandacastro@gmail.com;

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Contato: raissa\_cfigueiredo@hotmail.com;

<sup>4</sup> Contato: Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. tati.nar@hotmail.com.

## Introdução

A realização de partos naturais é comum na história e prática de nascimentos da espécie humana. Mesmo as mais antigas civilizações já consideravam o parto um rito de passagem digno de comemoração agregando a ele inúmeros significados. Guiadas por seus instintos, as mulheres das comunidades nômades se isolavam para parir. A assistência ao parto se deu quando as próprias mulheres começam a ajudar umas as outras a trazer seus filhos ao mundo e passaram a acumular saberes sobre este processo (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Na antiguidade, o processo de nascimento era tido na condição de um evento natural, com a participação dos mais íntimos, compartilhado entre as mulheres e seus familiares apresentando distintos significados culturais. Nessa época, o ambiente hospitalar era inseguro para a mulher dar à luz. As parteiras, como eram conhecidas as mulheres que realizavam os partos, cultivavam um vínculo afetivo com a mulher durante toda a gestação e acompanhavam a mãe após o puerpério. Essas mulheres eram consultadas sobre vários temas como cuidados com o corpo e doenças venéreas. Em sua maioria pertenciam a camadas populares e atendiam também a mulheres de camadas menos favorecidas financeiramente (BRENES, 1991; LEISTER; RIESCO, 2013).

No renascimento com a primazia do conhecimento teórico-prático, a obstetrícia torna-se uma disciplina técnica, científica, houve o incentivo à hospitalização, com a medicalização do corpo feminino. Nas primeiras décadas do século XX, teve início a transição do parto doméstico para o parto hospitalar, acompanhado de mudanças graduais nos hábitos das mulheres. Passou-se a frequentar os consultórios de obstetras e pediatras, fazer o uso de medicamentos e o consumo de produtos de higiene e alimentação infantil (LEISTER; RIESCO, 2013; SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A forma de executar um parto sofreu diversas mudanças ao longo da história. Após a Segunda Guerra Mundial, quando os médicos adquiriram maiores conhecimentos nos campos da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia o parto começou a ser institucionalizado mais expressivamente. O domínio das técnicas ampliou as possibilidades de intervenção e o procedimento cirúrgico conhecido como cesariana se torna nesta época, uma opção por excelência no momento de conceber (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

O parto cesáreo ganhou espaço sob uma perspectiva de valorização fisiopatológica que por vezes desconsidera aspectos psíquicos e culturais. Como consequência, o ato de gestar e parir que são fenômenos naturais e fisiológicos transformaram-se em processos patológicos e medicalizados. Embora a institucionalização do parto tenha proporcionado maior controle dos riscos materno-fetais, houve incorporação de grande número de intervenções desnecessárias (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Sobre esse período destaca-se o desuso de práticas culturalmente aprendidas e o aparecimento da visão mais científica (universo reificado) a respeito do parto. Foram adicionadas importantes tecnologias na assistência materno-infantil que reduziram as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Entretanto foram abandonadas ou consideradas não científicas algumas práticas que proporcionavam que a experiência do nascimento do bebê tivesse para a mulher e para a família um sentido que transcende o aspecto biológico (BIO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o objetivo da assistência no parto é recorrer ao mínimo possível de intervenção, com segurança, visando a saúde da mãe e do bebê. São apoiadas práticas de cuidado que garantam assistência materno-infantil qualificada, humanizada e segura. Dentre as recomendações da OMS estão: o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas; além do respeito aos direitos de cidadania baseada nos pressupostos da humanização. A humanização refere-se à necessidade de um novo olhar. Nesse contexto acolher, ouvir, orientar e criar vínculo são aspectos primordiais no cuidado às mulheres. (OMS, 2015).

Conforme pesquisa de Velho, Santos e Collaço (2014) o parto normal é um desafio para as mulheres; porém, os sentimentos positivos superam as dificuldades, enquanto que a cesárea está associada aos benefícios físicos de sua realização e aos riscos físicos para mãe e bebê. As indicações para cesárea têm por princípios as condições maternas, condições maternas-fetais e condições associadas ao feto, tendo por objetivo garantir o sucesso do nascimento em casos em que a via normal é impossível (RODRIGUES *et al.*, 2016).

O surgimento da cesariana, juntamente a sua evolução, proporcionou maior segurança a vida tanto da mãe quanto do bebê. No entanto, “[...] esse procedimento passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, gerando medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como é o parto” (CASTRO; CLAPIS, 2005, p. 961). No Brasil, 53% dos

partos cesáreas são agendados no pré-natal. No sistema privado este número aumenta para 74,16%, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

Diversos aspectos técnicos corroboram para que o parto cesáreo tenha ganhado a preferência de muitas mulheres no Brasil. A modernização do diagnóstico de vitalidade fetal permitiu que com o uso de cesariana os indicadores de morbimortalidade materno-fetal diminuíssem, o avanço dos antibióticos e a melhoria da técnica cirúrgica também se mostraram aliados das gestantes na parturização. Além disso, a presença do médico na hora do parto tornou-se ao longo dos anos uma representação social de segurança para a parturiente (COPELLI *et al.*, 2015).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi apresentada por Moscovici em 1961, em seu estudo sobre a difusão e transformação social da psicanálise na França. Nesse estudo Moscovici (2012) destacou os processos pelos quais a teoria científica é difundida e incorporada aos universos consensuais por meio da elaboração de representações sociais. O conceito de representação social foi elaborado para esclarecer as atividades da sociedade contemporânea relacionadas aos processos de comunicação e informação social (MOSCOVICI, 2012).

Por meio de seu estudo Moscovici (2012) constatou que o meio, além de social, é igualmente teórico, tendo em vista que nele circulam teorias e saberes práticos, o que representaria uma nova concepção sobre o homem, a sociedade e as relações sociais. Sua obra *A psicanálise, sua imagem e seu público* lançava o conceito de representação social, que por sua vez, apresentava um caráter particular e universal (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016). Este duplo caráter que envolve o conceito se faz presente, simultaneamente, em dois objetivos: de compreensão do fenômeno de difusão e apropriação de um conhecimento científico pelo “homem comum” que segundo Moscovici (2012) transforma-se numa espécie de “cientista amador”; e também, num sentido mais amplo ou universal, de análise dos processos por meio dos quais nas interações sociais, os indivíduos constroem teorias sobre os objetos sociais, que orientam suas condutas e permeiam as comunicações sociais (JODELET, 2001; RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

A TRS não deve ser confundida com seu objeto: as representações sociais. Esta teoria pretende explicar o que une as pessoas a um grupo ou a uma sociedade e as faz agir em conjunto, tendo por objeto de estudo, portanto, as representações sociais (PALMONARI; CERRATO, 2011). As representações sociais são, de acordo com Jodelet (2001, p. 39) “[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada”. E sua principal função é tornar o não-

familiar em algo familiar. Ao representar o indivíduo se remete à um objeto que pode ser tanto real quanto imaginário, pois não há representação sem objeto (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012).

Com o objetivo de conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea de 20 mulheres que os vivenciaram Velho, Santos e Colaço (2014) realizaram um estudo. Este estudo traz como resultados aspectos positivos e negativos relacionados a cada via de parto. As mulheres entrevistadas percebem os benefícios do parto normal em relação à cesárea, considerando igualmente as dificuldades enfrentadas no parto normal, como também os riscos atribuídos ao procedimento cirúrgico de uma cesariana. Elementos como dor, planejamento e riscos parecem centrais para a escolha de um tipo de parto.

Considerando o aumento significativo do parto cesárea, a mudança de concepções acerca do tema, essa pesquisa buscará compreender as representações sociais a respeito do parto para mulheres

## **Métodos**

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, numa abordagem descritiva exploratória, tendo como aporte teórico a teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2009), em que o enfoque tem como pressuposto a compreensão do saber do senso comum, com vistas à tentativa de construção e interpretação das representações e práticas construídas pelos sujeitos. A pesquisa foi realizada no município de Criciúma, Santa Catarina, Brasil, sendo composta por uma amostra de cinco mulheres que já possuem um ou mais filhos.

As participantes do estudo foram selecionadas com base numa amostra por conveniência. Assim a coleta de dados teve início a partir de uma mulher da rede de contato pessoal das pesquisadoras. Seguiu-se a metodologia Bola de neve, em que a partir de uma participante conhecida pelas pesquisadoras uma outra foi indicada, esta nova participante indicou outra e assim sucessivamente.

As participantes apresentaram idades entre 21 e 58 anos, como critério de inclusão foi estabelecido que estas deveriam ter passado pela experiência do parto pelo menos uma vez, independente do ano em que este tenha ocorrido. A coleta de dados aconteceu no período do mês de novembro de 2016 utilizando-se uma entrevista semiestruturada associada à entrevista

episódica. Tendo em vista que a entrevista com roteiro semiestruturado tem por objetivo compreender de forma detalhada crenças, atitudes, valores e motivações (BAUER; GASKELL, 2002), para ampliar a investigação das representações sociais foram utilizados igualmente questões de entrevistas episódicas. A entrevista episódica é importante no estudo das representações sociais pois, supõe que "[...] as experiências que um sujeito adquire sobre um determinado domínio estejam armazenadas e sejam lembradas nas formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico" (FLICK, 2004, p. 117).

Os itens do roteiro de entrevista tiveram por direcionamento os componentes de uma representação social: Informação, atitude e imagem. Desse modo os participantes tiveram que responder qual sua percepção sobre o parto normal e sobre o parto cesáreo?:. Além disso responderam à dados de caracterização, tais como: idade, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos e tipo de parto vivenciado.

As entrevistas foram realizadas individualmente, na casa das participantes, em ambiente livre de ruídos e interrupções, sendo gravadas e os depoimentos transcritos na íntegra, da maneira como foram expressas pelos sujeitos. A duração média das entrevistas foi de 33 minutos.

A etapa seguinte constitui a análise do conteúdo. Os dados foram agrupados em um único corpus, que foi analisado conforme análise de conteúdo de Bardin (2009), seguido por leitura flutuante, inferência, interpretação, com posterior agrupamento dos temas em comum. Assim, os temas em comum foram agrupados , constituindo6 eixos categóricos.

## **Resultados e Discussão**

Sobre a caracterização das participantes a Mulher 1 apresenta 34 anos, é estudante de nível superior, casada e teve dois filhos nos últimos 5 anos por meio de duas cesarianas. A Mulher 2 apresenta 38 anos é pedagoga, casada e teve 1 filho nos últimos 8 anos por meio de uma cesariana. A mulher 3 tem 56 anos, possui ensino médio completo é auxiliar de cozinha, casada, teve 4 filhos nos últimos 30 anos, sendo 3 por parto normal e 1 por cesárea. A mulher 4 com 58 anos é balconista, possui ensino médio completo é casada, teve dois filhos nos últimos 35 anos, ambos por parto normal. A mulher 5 tem 21 anos, segundo grau completo é esteticista, casada, possui um filho nascido há dois anos por parto normal. Na análise das entrevistas, são

percebidos seis eixos categóricos que norteiam as falas das mulheres: 1) justificativa pela necessidade, 2) passagem, 3) parto normal como algo difícil em oposição a cesariana como algo fácil, 4) cirurgia e suas marcas, 5) sentimento de incapacidade de fazer parto normal e 6) dor como fator decisivo. Na análise das mulheres entrevistadas, a categoria que mais apareceu foi a: 1) justificativa pela necessidade, partindo dela mais três subcategorias: 1.1) importância da informação; 1.2) a comodidade do médico ao realizar um parto cesárea; e 1.3) participação ativa da parturiente no parto normal. Abaixo segue Tabela 1 com a contagem de ocorrências de cada categoria, ou seja, a quantidade de vezes que aquela categoria surgiu no discurso das participantes.

**Tabela 1** – Categorias e ocorrências

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Ocorrência</b>
Justificativa pela necessidade	Importância da informação	6
	Comodidade do Médico	7
	Participação ativa	3
Dor como fator decisivo		5
Parto normal difícil/Cesareana fácil		5
Cirurgia e suas marcas		5
Passagem		2
Sentimento de incapacidade de fazer parto normal		1
<b>TOTAL</b>		<b>34</b>

Na análise dos resultados foi possível perceber a categoria 1) justificativa pela necessidade em oposição à categoria 1.2) a comodidade do médico. Na categoria 1) justificativa pela necessidade a cesárea é compreendida como a solução de um problema, que não deve ser

uma opção pela estética, e que deve ser realizada quando há complicações para a mãe e/ou o bebê. Nesse sentido, conforme igualmente evidenciado nos resultados de Velho et al (2010) a cesárea surge justificada pela necessidade de salvar vidas, desde que não ocorra em razão da 1.2) comodidade do médico, conforme trecho a seguir: “*A favor quando é necessário, mas também sou a favor de que a gestante tenha o máximo de informação possível dos partos. Sou a favor quando ela feita também para salvar vidas, não só pela comodidade do médico que está fazendo*” (Mulher 1, parto cesárea, 34 anos, 2 filhos).

Ainda sobre a categoria 1.2) comodidade do médico, Miranda et al. (2006) confirma os dados encontrados nesta pesquisa, pois em todos os relatos as suas entrevistadas trazem a hospitalização e em alguns, intervenções desnecessárias como a medicalização, aminiotomias (ruptura artificial das membranas que envolvem o feto) e episiotomias (corte cirúrgico feito no períneo – região entre o ânus e a vagina). O modelo de hospitalização e o tratamento biomédico são caracterizados pelas mulheres entrevistadas a partir da hegemonia médica em que o interesse do profissional de saúde tem preferência à opinião das parturientes, conforme destacado: “[...] *os médicos usam muito para a comodidade deles para poder marcar a data antes do prazo da data natural do nascimento*” (Mulher 1, parto cesárea, 34 anos, 2 filhos)

Na categoria 1.1) importância da informação as mulheres entrevistadas apontam para a responsabilidade dos profissionais que acompanham a gestante de orientá-la e informá-la sobre os tipos de parto e suas implicações. De modo similar os dados obtidos por Silva (2017) afirmam a necessidade da busca pela informação para o estabelecimento do plano de parto para o empoderamento da mulher e redução da ansiedade frente ao desconhecido. Esclarecendo dúvidas acerca do processo, os profissionais estarão auxiliando na formação e opinião das mulheres e da comunidade, assim a obtenção da informação torna-se necessária, conforme exemplificado: “[...] *mas também sou a favor que a gestante tenha o máximo de informação possível sobre o parto*” (Mulher 1, parto cesárea, 34 anos, 2 filhos).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), é que deve haver uma justificativa para a intervenção no processo natural de nascimento, contudo as posturas médicas são contrastantes com esse dado (VELHO et al., 2010). Muitas mulheres trazem em seus relatos a aplicação de soro para dilatação usado de forma a acelerar um processo que se daria de forma natural. Este soro trata-se de ocitocina sintética que passou a ser rotina nas unidades médicas do Brasil facilitando o trabalho médico. A ocitocina é um hormônio naturalmente produzido pela mulher para gerar as contrações no trabalho de parto e produzir

leite na amamentação. Esse hormônio foi sintetizado em laboratório e salvou a vida de muitas mulheres que não conseguiam por si só entrar em trabalho de parto. No entanto, têm-se feito uso para acelerar o processo do parto que se daria naturalmente, provocando dores desnecessárias na parturiente (SILVA;SHIMO, 2017).

Ao tratar da RS da parturiente como ser ativo no parto normal, Silva, Nascimento e Coelho (2015) ressaltam o protagonismo da mulher no trabalho de parto, como algo que promove a qualidade da experiência. Os profissionais estão presentes no decorrer do nascimento, mas são secundários a mãe. Dados similares foram encontrados nesta pesquisa, enfatizados na categoria 1.3) participação ativa, pois para uma das entrevistadas o parto (mesmo cesárea) se constitui como uma relação de ajuda entre a mulher e a criança, em que ela pode sentir e ver o nascimento do seu filho de forma ativa, conforme exemplificado no trecho: “[...] Foi uma experiência de parto mesmo, de fazer nascer, não vejo como uma experiência imposta, me vi ativa no processo” (Mulher 1, parto cesárea, 34 anos, 2 filhos).

Portanto, para além da diferenciação acerca do tipo de parto (enquanto grupo de pertença) a representação social do parto a partir da postura ativa da parturiente parece importante elemento organizador desta representação, este elemento parece representar uma defesa antecipada daquelas que defendem o parto cesáreo das mulheres que os descrevem como um parto passivo. Os indivíduos possuem grupos de pertença que servirão de pontos de ancoragem de suas opiniões e crenças (DOISE, 2001). Sendo que podem ser elaboradas representações que para defender o grupo de pertença de um indivíduo destaquem em seus elementos as ameaças que o outro grupo lhes atribui (PALMONARI; CERRATO, 2011).

Na categoria 2) passagem, o parto, independente da forma como é feito é percebido como passagem. Essa categorização de parto é percebida duas vezes nas entrevistas realizadas, sendo igualmente apontada no estudo de Feyer, Monticelli, Boehs e Santos (2013, p. 885):” Essa perspectiva é representativa que os indivíduos não são independentes da natureza, e sim, um continuum do universo que, por sua vez, também está submetido a ritmos que afetam a vida humana”. Como um momento de passagem, o parto traz novas perspectivas e novas experiências, o que pode alterar significativamente as representações sociais da parturiente sobre o processo. Jodelet (2001) esclarece que diante de uma novidade ocorre o processo de ancoragem, com o objetivo de tornar familiar e transformar, integrando o que era novo ao universo de pensamento preexistente. Desse modo a representação social do parto decorre

igualmente da experiência da parturiente que confirme ou refute os elementos representacionais preexistentes.

A categoria 3) parto normal como algo difícil em contraponto com a cesariana como algo mais fácil, traz uma representação recorrente no discurso das participantes: *“Eu imagino uma coisa fácil porque é só anestesia e mais nada”* (Mulher 4, parto normal, 58 anos, 2 filhos). O parto normal é apontado como melhor para o bebê, visto que esse nascerá no tempo certo. No caso do parto normal, os principais pontos levantados são a dor e na cesariana é a ausência de sofrimento durante o trabalho de parto. A 6) dor como fator decisivo pela cesariana é um elemento que descreveu o parto normal, aparecendo dez vezes para as entrevistadas. A percepção da dor extrapola os limites fisiológicos e se relaciona com o contexto cultural em que essas mulheres estão inseridas, a definição de dor e sua significação sofre igual influência (MEDEIROS; GRANDO, 2016). Nesse contexto a dor surge como algo que afasta a possibilidade de vivência do parto normal: *“[...] não sei se eu estaria disposta a passar por todas essas horas de dor”* (Mulher 2, parto cesárea, 38 anos, 1 filho).

Para o grupo de mulheres na categoria 5) cirurgia e suas marcas aparece como objetivação da cesárea a cicatriz, o corte. Essa cicatriz ou corte representa um dano ou perda causado pela intervenção cirúrgica. Os grupos vão então explicar os fenômenos que acontecem no mundo, a partir das imagens e metáforas que possuem sobre a realidade (VALA, 2006). Velho et al. (2010), traz em seu estudo que a cesariana é considerada uma cirurgia de grande porte, que pode trazer ou não benefícios, mas também pode implicar em riscos significativos, concretizados pelas marcas, o que foi igualmente destacado por uma participante deste estudo: *“Cesariana, pra mim, é uma cirurgia de grande porte, que deixa cicatrizes”* (Mulher 5, parto normal, 21 anos, 1 filho).

De forma bastante enfática, mas aparecendo uma única vez no grupo, uma entrevistada assume uma posição que se refere à categoria: 5) sentimento de incapacidade de fazer parto normal. Tostes, Seidl (2016) encontraram igualmente esse dado demonstrando que para parte das mulheres, mãe de verdade é aquela que sente dor, sendo as demais incapazes. Essas representações sociais deixam transparecer em sua zona muda que mulher que não sente as dores do parto, não são tão mães quanto as que sentem. A zona muda faz parte da consciência dos indivíduos, porém não é verbalizada quando o indivíduo ou grupo não pretendem fazer menção a determinado conteúdo pública ou explicitamente (ABRIC, 2005). Essa representação social apresenta a valorização de um grupo em detrimento do outro. Assim, conforme Jodelet

(2005) para o distanciamento entre os grupos há a projeção de elementos negativos com tipificação desvalorizante e estereotipada do grupo considerado diferente. O trecho a seguir exemplifica a questão: “[...] *pensa que ela não é capaz de ter parto normal, que o corpo dela não consegue parir normalmente [...] Por não se achar capaz de parir, ela optou diretamente por uma cesárea, para assim evitar qualquer problema. Mas ela tá bem errada*” (Mulher 5, parto normal, 21 anos, 1 filho).

É importante salientar que a forma como se deu o parto para essas mulheres pode alterar a representação social trazida por elas. Também afetam suas representações, as experiências alheias a elas, mas que foram acompanhadas de perto. Por duas vezes uma das mulheres inicia seus discursos favoráveis ao parto normal e ao lembrar das dificuldades de seu parto termina afirmando que faria cesariana caso tivessem outro filho. Segue exemplo no trecho seguinte: “*A cesariana não seria um método bom para as mães, hoje eles tão tratando bastante do parto humanizado, então eles estão praticam bastante isso aí, incentivando as mães para que elas façam parto normal, porque é bom para as crianças. [...] Tive muitas dores nos 3 primeiros partos, eles duraram bastante tempo. O meu segundo filho ficou enrolado no cordão umbilical, quando ele nasceu ele já estava bem roxinho, ele estava sentado, naquela época eu não sei como eles faziam, eu tinha consulta a tarde e o médico disse, bah o João tá sentado, e o médico ia sair de férias porque era 30 de Dezembro, e aí eu não sei como que ele fez, mas no próprio consultório ele virou o Andrei, não senti dor, só senti que mexeu lá dentro. Aí eu fui pro hospital e ele nasceu, com contrações né. Acho que o pior de tudo é aquela injeção para dilatação, tem mulheres que não precisam né, eu precisei dos 3. O João tem 36 anos. Cada filho o parto foi o mais difícil. Na época o comum era parto normal. Em primeiro lugar se tenta o parto normal né. Tem mães que por mais que queiram o parto normal, não conseguem ganhar, às vezes o neném é muito grande, ou tem outra complicação. O de cessaria eu fiz porque eu ia fazer o ligamento né. O mais novo tem 26 anos. Na verdade se eu pudesse escolher eu faria cesariana de novo. Se eu tivesse outro filho acho que eu ia querer cesariana*”. (Mulher 3, parto normal e cesárea, 56 anos, 4 filhos).

Assim sendo, as representações sociais do parto parecem permeadas pela experiência da mulher em situação de parto, abarcando igualmente o conhecimento partilhado pela experiência de outras mulheres. O parto normal foi caracterizado de um lado pela dor e por outro pela atividade da mulher no processo. A cesariana foi descrita pela cicatriz de um lado e do outro lado pela necessidade diante de situações de risco. Por fim, ambos os partos foram

caracterizados pela dicotomia facilidade e dificuldade, denotando que as representações sociais apontam igualmente uma pertença grupal referente aos partos vivenciados.

## Conclusão

A relação entre representações e práticas sociais é recíproca e de mútua influência, o que é possível identificar ao verificarmos que as experiências do parto afetam as representações do mesmo e orienta as condutas no que se refere à eventos futuros. Nesta pesquisa foi possível perceber o pensamento dicotômico em torno do parto normal e da cesariana, por parte das mulheres com experiências de parto distintas. Sugere-se novas pesquisas que acompanhem o pensamento social acerca do parto desde a gestação até o momento posterior ao parto, a fim de verificar a ocorrência de modificações representacionais decorrente das experiências de parto.

Dentre os resultados encontrados a disponibilidade de informações para a parturiente foi destacada como algo desejável para ampliar as possibilidades de escolha do parto. Os médicos destacados por sua influência do processo de escolha devem ser igualmente capacitados e instruídos a fim de respeitarem as decisões das parturientes. No entanto, mais do que informações é necessário ampliar as possibilidades de escolha para as mães que dependem ainda do Sistema Único de Saúde.

Conhecer as representações sociais nos possibilita conhecer as expectativas e frustrações, o que pode favorecer na ampliação de intervenções pré-natais instrutivas e de orientação para o momento do parto.

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, v. 70, 2009.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BIO, E. *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. São Paulo: Summus, 2015.

BRENES, A. C. História da parturização no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*,

v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CASTRO, J. C. D.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 06, p. 960-967, 2005.

COPELLI, F. H. S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 187-203.

FEYER, I. S., MONTICELLI, M., BOEHS, A. E., SANTOS, E. K. A. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 6, 2013.

FLICK, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2017.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Ed.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

\_\_\_\_\_. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 13-24.

MEDEIROS, R. M. K.; GRANDO, B. S. Análise do nascimento Bororo: aspectos culturais da dor de parto. *O Mundo da Saúde*, v; 40, n. 2, p. 160-168, 2016.

MOSCOVICI, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

OLIVEIRA, Z.; MADEIRA, A. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 23 ago. 2017.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 305-334.

RIBEIRO, L. P.; ANTUNES-ROCHA, M. I. História, abordagens, métodos e perspectivas da teoria das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 407-409, 2016.

RODRIGUES, J. *et al.* Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Multitexto*, v. 4, n. 1, 2016.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.

SILVA, A. L.N. V. *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 7, n. 1, p. 144-151, 2017.  
\_\_\_\_\_. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. p. 457-502.

VELHO, M. B.; DOS SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

**Como citar este artigo (Formato ABNT):**

CAVALER, Camila Maffioletti; CASTRO, Amanda; ARAÚJO, Tatiane Neves; FIGURIREDO, Raíssa Cardoso. Representações Sociais do Parto para Mulheres **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2018, vol.12, n.41, p.977-990. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 22/05/2018.

Aceito: 18/07/2018