

Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica

Experiences of puerperas on obstetric violence in the phenomenological perspective

Amanda Michely Santos Carer¹ <https://orcid.org/0000-0002-7471-7384>

Maria Suziane Bezerra da Costa¹ <https://orcid.org/0000-0002-9271-2544>

Vinícius Costa Maia Monteiro² <https://orcid.org/0000-0002-7848-2295>

Adriano da Costa Belarmino^{3*} <https://orcid.org/0000-0003-4401-9478>

Keylane de Oliveira Cavalcante⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4843-3174>

Antonio Rodrigues Ferreira Junior³ <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

¹Universidad Potiguar-UnP. Mossoró, RN, Brasil

²Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Mossoró, RN, Brasil

³Universidad Estatal de Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil

⁴Universidad Estadual de Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros, RN, (UERN). F]c'; fUbXY' Xc' BcfhYž' 6fUgj]"

*Autor para la correspondencia: adrian_belarmino@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica caracteriza un tipo específico de violencia de género, perpetrada contra mujeres en trabajo de parto, parto y posparto en instituciones de salud.

Objetivo: Entender la experiencia de las mujeres posparto sobre violencia obstétrica en un hospital público de maternidad.

Métodos: Investigación fenomenológica realizada con 17 parturientas en 2017, a través de entrevistas guiadas por un cuestionario semiestructurado. Los discursos fueron analizados y organizados a partir de la Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty.

Resultados: Se identificaron tres categorías: El deseo de parto normal y la barrera de resolución profesional; La deshumanización de las actitudes profesionales y la

conciencia del mejor logro; El compañero presente y el acompañamiento resistente. Se identificaron ambigüedades en las percepciones experimentadas por las mujeres, con sentimientos de inseguridad a satisfacción con el servicio recibido de los profesionales de la salud.

Conclusiones: Hay significados perceptivos de violencia obstétrica en los informes de parturientas, y existe la necesidad de cambios en las prácticas profesionales para calificar la atención obstétrica de una manera humana.

Palabras clave: Parto; Trabajo de parto; Parto humanizado; Violencia de género; Salud de la mujer.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a specific type of gender violence, perpetrated against women in labor, delivery and postpartum in health institutions.

Objective: To understand the experience of postpartum women concerning obstetric violence in a public maternity hospital.

Methods: Phenomenological research carried out with seventeen parturients in 2017, through interviews guided by a semistructured questionnaire. Their discourses were organized and analyzed based on Merleau-Ponty's phenomenology of perception.

Results: Three categories were identified: desire for vaginal delivery versus professional decision-making, dehumanization of professional attitudes and awareness of best achievements, partner presence and enduring companion. Ambiguities were identified in the perceptions experienced by women, with feelings from insecurity to satisfaction concerning the service received from health professionals.

Conclusions: There are perceptual meanings regarding obstetric violence in the reports of women in labor. There is a need for changes in professional practices to qualify obstetric care in a humane way.

Keywords: delivery; labor; humanized labor; gender violence; women's health.

Recibido: 05/02/2020

Aceptado: 09/03/2020

Introducción

La violencia se caracteriza como un problema social y de salud pública, relacionado a la violación de los derechos humanos, de carácter endémico y presente en todos los países del mundo sin distinción de sexo, raza, edad, religión o clase social.⁽¹⁾ Se asocian a procesos destructivos físicos, psicológicos, sexuales o de privación o negligencia, que representan el 2,5 % de la mortalidad mundial; sin embargo, en este contexto, se destaca el fenómeno de las personas que sufrieron violencia no fatal, que es menos visible y considerada importante.⁽²⁾

En esta premisa, la tipificación de violencia obstétrica surgió en Venezuela y Argentina y caracteriza un tipo específico de violencia de género, perpetrada en mujeres en trabajo de parto, parto y posparto en instituciones de salud.⁽¹⁾ Consiste en la violación de los derechos de la mujer, definida por la apropiación de la autonomía reproductiva de la mujer, utilizando conductas deshumanizantes, medicalización del parto, procedimientos dolorosos e innecesarios y actitudes abusivas que modifican el proceso fisiológico del parto, convirtiéndolo en patológico.^(3,4)

La violencia obstétrica sigue siendo investigada en estudios en todo el mundo. En una investigación en 13 establecimientos y comunidades de Kenia sobre maltrato en el parto, se encontraron experiencias negativas de las mujeres durante el proceso del parto, frustración vinculada a la falta de autonomía y confidencialidad, abandono de profesionales y maternidad con estructura inadecuada.⁽⁵⁾ Otro estudio realizado en los Centros de Salud españoles mostró que el 34 % de las mujeres sufrió violencia obstétrica durante el parto, se identificó así la necesidad de mejora en áreas como la atención al aborto, muerte fetal y parto por parte de los profesionales de la salud.⁽⁶⁾

En India, un estudio sobre la violencia en la sala de parto destacó una alta incidencia en las castas musulmanas en comparación con los hindúes, y relacionada con las clases socialmente vulnerables.⁽⁷⁾ En América Latina, una investigación realizada en Colombia sobre la caracterización de los tipos de

violencia obstétrica encontró una incidencia 69 %, las modalidades más reportadas fueron la institucional y la psicológica.⁽⁸⁾

En Brasil, en una cohorte realizada en el sur del país con 4275 púerperas, se identificaron 10 % de situaciones de abuso verbal, 6 % de rechazo de atención, 6 % de procedimientos innecesarios, 5 % de maltrato físico por parte de profesionales de la salud y 18,3 % mostró algún tipo de falta de respeto o abuso. El riesgo aumenta en parturientas sometidas a cesárea que han estado en trabajo de parto y en el sector de la salud pública.⁽⁹⁾

Actualmente, existe la necesidad de modificar las prácticas implementadas durante el parto de las mujeres, dándoles las condiciones para jugar un rol protagónico en esta vida. Además, los cambios de actitudes considerados innecesarios y nocivos para el parto son puntos abordados por Rede Cegonha para el desarrollo de la atención obstétrica brasileña y la reducción de tasas negativas en la experiencia del parto, que forman parte de la Agenda de Investigación Prioritaria del Ministerio de Salud en Brasil.^(10,11)

Asimismo, el desarrollo de estudios en el área de violencia obstétrica coopera para modificar los procesos de trabajo de los profesionales en las instituciones de salud, asegurando que se garanticen los derechos de las mujeres defendidos en conferencias internacionales. Finalmente, no hay estudios fenomenológicos en la literatura investigada sobre la violencia obstétrica en las instituciones brasileñas, y se nota un vacío por llenar.

Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de las madres sobre la violencia obstétrica en el parto y posparto.

Métodos

Se trata de un estudio fenomenológico basado en la Fenomenología de Merleau-Ponty, que reconoce la importancia de la intersubjetividad, existencia, percepción y valoración de los proyectos en el mundo de la vida de las personas. Emplea la noción de ambigüedad inherente a la vida humana, que siempre abre nuevas posibilidades a partir de convertirse en “otro yo”, involucrando la relación de cercanía y distancia, en los momentos de habla y silencio, de presencia y ausencia de los individuos.⁽¹²⁾ También se ocupa de la reanudación de experiencias

temporales relacionadas con el mundo perceptivo y considera que los sentimientos son colectivos, compartidos y nunca individuales, en los que la percepción de un ser se traduce en la de los demás.⁽¹³⁾

El sitio de estudio fue una maternidad ubicada en la ciudad de Rio Grande do Norte, referente en salud materna y neonatal para la II Región de Salud del Estado, compuesta por 14 municipios.⁽¹⁴⁾

La recolección de datos se realizó de febrero a noviembre de 2017 con 17 puérperas, a través de una entrevista individual fenomenológica⁽¹⁵⁾ con una duración promedio de 25 minutos, realizada dentro de la semana posterior al parto, ya que se consideraría el período ideal en que la puérpera recordaría la experiencia de trabajo de parto y nacimiento reciente. Tras el primer contacto en la maternidad y la firma del formulario de consentimiento, se realizaron varias reuniones en la residencia de las puérperas en horario de mañana o tarde, a elección de la entrevistada. El límite de participantes quedó delimitado por la saturación teórica, con el cierre de las entrevistas luego de demostrar que el agregado de información no cambiaría la comprensión del fenómeno estudiado.⁽¹⁶⁾

Se utilizó como herramienta auxiliar un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos y preguntas abiertas construidas por los investigadores. Los testimonios fueron grabados en audio a través de una grabadora de voz, utilizando un código alfanumérico para mantener la confidencialidad de los entrevistados, utilizando la letra P y los números correspondientes. Los aspectos verbales y no verbales se anotaron en un cuaderno. La transcripción del material fue realizada manualmente por dos investigadores, y los testimonios fueron anotados en Word® para su posterior análisis.

La trayectoria fenomenológica sirvió para hacer frente a los discursos tomados, consistente en la suspensión del realismo ingenuo mediante la eliminación de todas las ideas preconcebidas, realizado a través de tres fases: descripción, reducción y comprensión fenomenológica. Para eso, en primer lugar, el investigador interrogó la participante con el fin de discutir el fenómeno investigado. Este momento está libre de todos y cada uno de los juicios y conceptos que interfieran con el testimonio, buscando su esencia. En el segundo momento, se llevó a cabo el distanciamiento de los conceptos y saberes preestablecidos, buscando la esencialidad en los discursos descritos. Finalmente,

se intenta alcanzar los significados esenciales contenidos en la descripción y reducción fenomenológica.⁽¹⁷⁾

El análisis de la ambigüedad se utilizó en el tratamiento de los discursos, implicando, a través de la reducción fenomenológica eidética, llegar a las esencias mediante la suspensión de tesis objetivas. Este proceso surge del discurso del entrevistado, y el investigador, dadas las descripciones recogidas, se aporta una nueva experiencia, familiar y extraña a la vez, y lo irreflexivo se convierte en reflexión y culmina en pensamiento.⁽¹⁸⁾

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el número 2.416.854, respetando la Resolución No. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, que rige los lineamientos para investigación con seres humanos.⁽¹⁹⁾

Resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos, la mayoría de los partos por cesárea,⁽¹⁴⁾ grupo de edad de las mujeres entre 15 y 39 años, la mayoría (ocho) habían terminado la secundaria y estaban casadas.

Según la organización de la información se construyeron tres categorías fenomenológicas, ordenadas de la siguiente manera.

El deseo de un parto normal y la barrera de la resolución profesional

En los primeros informes, las puérperas describen el momento de ingreso a la institución de salud y los prejuicios sobre el parto planteados hasta ese momento del embarazo:

De hecho, siempre quise un parto normal, y según se dice en el centro de salud con atención prenatal, comencé a ver que iba a ser normal [...] (P 6).

Sobre la recepción en el trabajo de parto, se obtuvieron los siguientes informes:

No. Fui muy bien recibido por todos, tanto antes de hacer el registro, como allá dentro (P 11).

Sin embargo, hubo testimonios que trajeron consigo el entendimiento de demora o negativa de acciones inmediatas, además de la demora en brindar asistencia para el alivio del dolor, como se muestra en los siguientes discursos:

Sí, él [el médico] no quería sacar al bebé. Siento contracción y siempre persisten para que las tenga. Cuando fue de última hora que lo vieron, aunque no podían pagarlo, lo tomaron y lo sacaron [...] (P 1).

La deshumanización de las actitudes profesionales y la conciencia del mejor realizado. En esta categoría se encuentran los informes de las intervenciones realizadas como se describe a continuación:

Hubo un examen táctil varias veces, ya sabes, cada vez fue uno. Porque había internos y médicos, ya sabes, hubo varios [risas], en un día. [...] Ave María, es horrible (P5).

[...] hubo dos veces que me privaron de cualquier tipo de alimento, lo que allí llaman dieta. Estaba a dieta y agua, como desde las diez de la noche; [...] (P3).

Informes posteriores retratan la percepción de las mujeres sobre la presencia de molestia, miedo o tratamientos irrespetuosos en forma de diálogo empleado por los profesionales:

No, ninguna de estas cosas sucedió así. Me trataron muy bien, me pusieron a salvo, fue súper cómodo gracias a Dios (P16).

Al analizar los testimonios se percibe la ambigüedad de las participantes en cuanto a los cuidados durante el trabajo de parto y el parto, con relatos de cuidados realizados intercalados con declaraciones de desatención y desacato a los derechos de las mujeres.

El acompañante presente y el acompañamiento resiliente

En esta categoría, las participantes reportan la presencia del acompañante, descrito en las siguientes declaraciones:

No, no fue. Hasta entonces quería que entrara el padre de mi hijo y no me dejaban (P12).

No se permitió el acompañamiento familiar, quería que alguien de mi familia me ayudara, dijeron que no podían porque el hospital estaba en remodelación [...] (P4).

En otros informes se describen situaciones similares, algunas obteniendo *acompañamiento* y otras solo con contacto con profesionales de la institución:

Mi tía, enfermera. No, los dejó entrar porque ya trabajaba allí (P9).

Sí, estaba permitido. Eran mi abuela y mi madre, la abuela es terrible [risas] (P6).

Discusión

El parto está imbuido de un significado único como fenómeno perceptual para la mujer, transforma su contexto familiar y de vida. Sin embargo, hoy en día al analizar el parto como una experiencia en el mundo femenino, se evidencian múltiples modificaciones en los últimos años, con la aplicabilidad de las tecnologías en el proceso del parto, la adopción del ambiente hospitalario y las prácticas intervencionistas en el proceso fisiológico del parto.⁽²⁰⁾

Corroborar esto un estudio realizado sobre las experiencias de las mujeres en el parto en una maternidad del sur de Brasil en cuanto a la humanización de actitudes y la garantía de los derechos de las mujeres mostró fragmentación de prácticas e inflexibilidad, con sobrevaloración tecnológica, empleabilidad de acciones intervencionistas en el cuerpo de la mujer y jerarquización de los profesionales de la salud con gestantes. Además, los sentimientos y sensaciones

maternas durante el parto se devaluaron en detrimento del cuidado, con denuncias de violencia obstétrica por parte de las usuarias.⁽²¹⁾

Así, al reflexionar sobre los cambios en la dinámica del parto y otros procesos fisiológicos de los individuos, es importante resaltar que la medicina patogenizó el cuerpo humano, constituyendo un mecanismo de medicalización social de los procesos de patente individual, siendo el parto uno de los principales fenómenos medicalizados, con el declino de la actuación de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.^(22,23)

En este contexto, se utilizan las nociones de cuerpo, percepción existencial y comprensión de la relación entre la conciencia y la naturaleza orgánica, psíquica y social.⁽²²⁾ La fenomenología de la percepción traduce una noción del entrelazamiento del hombre y el mundo, estando asociados e yuxtapuestos, en el que la percepción del hombre y el mundo son reversiblemente uno y el otro, pero nunca separados ni fusionados. Se trata, pues, de renunciar a la dicotomía entre conciencia y mundo y cuerpo y objeto, el cuerpo es el vínculo de ligación con el mundo y la existencia en él.⁽²⁴⁾

Al insertar estas discusiones en las declaraciones iniciales de las mujeres, hay manifestación de innumerables sentimientos y emociones maternas: la ansiedad con la proximidad del nacimiento; el dolor resultante de las contracciones uterinas; el miedo a que les ocurran problemas al bebé; el descuido de los profesionales de salud ante la vulnerabilidad de la gestante; la perseverancia y esperanza con el próximo parto.

En esta coyuntura se debe considerar sus aspectos temporales, que en el presente se manifiestan a través de sentimientos como los explicados, pero trayendo aspectos del pasado y proyectando direcciones futuras en el mundo de la vida. Merleau-Ponty trabaja con el concepto de cuerpo habitual, dice que la comprensión de las representaciones que hacemos de las cosas nunca define suficientemente lo que realmente son, sino que están condicionadas a perspectivas del horizonte de pasado y constituyen una forma paradójica de ser del cuerpo.⁽¹⁰⁾

En los informes descritos se percibe la pérdida del cuerpo femenino al buscar satisfacer las necesidades del modelo biomédico hegemónico. El cuerpo habitual permite lanzarse hacia adelante, a través de proyecciones de futuro, como la

proyección del nacimiento del niño de forma tranquila, sosegada y serena con las aportaciones del equipo en apoyo del parto. Sin embargo, con base en los testimonios, se aprecia una ruptura en el cuerpo en el trabajo de parto proyectado y el concreto resultante de las acciones de cuidado desarrolladas.

Desde esta perspectiva, es en el mecanismo perceptivo donde emerge el significado fundamental como verdad implícita de la existencia.⁽²⁵⁾ Así, se visualiza la percepción de la mujer en los discursos iniciales del nuevo e inesperado parto institucional: el cuidado es resignificado ante los sentidos de las parturientas.

Hay una nueva concepción de la experiencia de vida, una nueva conciencia en relación con el mundo femenino, de ser madre, de convertirse en madre, el “estar-ahí-de-la-madre”; en esta perspectiva, el dolor, la angustia y la decepción descritos en algunos informes se potencian y experimentan en el contexto de la corporalidad. La corporalidad implica la conexión de la conciencia con un cuerpo, que a través de la intencionalidad de la mente, interactúa con el mundo.⁽²⁵⁾

Así, la mujer es consciente de su rol de madre; sin embargo, se enfrenta a una nueva conciencia sobre el cuidado profesional: la percepción de su cuerpo como objeto de parir, de ser manipulado, de perder su individualidad. En esta perspectiva, los sentimientos negativos vividos en este proceso provienen de la naturaleza sensible del ser humano, reflejando no solo a las mujeres en la investigación, sino a todas las mujeres que experimentan violencia obstétrica en la experiencia del parto, ya que son producto no solo de un ser, sino de la colectividad humana.⁽¹⁰⁾

La violencia obstétrica refleja una realidad vivida por innumerables mujeres en el mundo. Diversos estudios reportan esta realidad en los procesos de parto y parto de la mujer, se configura una situación compleja y grave que no depende de raza, etnia ni clase social, aunque es más prevalente en mujeres socioeconómicamente vulnerables.^(5,6,7,8,9)

En el aspecto fenomenológico se atiende a la conciencia incorporada de la experiencia vivida del ser humano, en la que se muestra que el mundo de la vida es tanto relacional como personal, se convive mutuamente y se avanza hacia el entorno real, se es dirigido por el mundo, situación y contexto temporal. Sin

embargo, vivir en Merleau-Ponty implica que mi "yo corporal" se vea afectado por las situaciones.⁽²⁶⁾

Cuando analizamos los testimonios, podemos ver informes que describen las excesivas intervenciones realizadas durante el parto, pero también la negación de la ocurrencia de prácticas innecesarias durante el parto y nacimiento. Existe una dualidad entre las declaraciones de las mujeres, algunas enumeran el retraso en la toma de decisiones durante el parto y otras elogian los cuidados y prácticas desarrolladas en la maternidad, con características de violencia obstétrica y violación de los derechos de las mujeres en el parto, sin embargo no son percibidas por gran parte de las mujeres entrevistadas.

Los datos sobre violencia obstétrica están en línea con una investigación desarrollada con 555 mujeres que visitaron la exposición Sentidos do Nascer, con énfasis en violencia obstétrica, mostró una tasa de 12,6 % en los informes, con predominio de intervenciones no consentidas o parcialmente informadas, atención indigna / abuso verbal, abuso físico, atención privada / no confidencial y discriminación.⁽²⁷⁾

Los informes destacan la falta de comunicación y empatía entre los profesionales de salud y las parturientas, el derecho a la libre elección de acompañante, la desalineación de conductas beneficiosas comprobadas y la aplicación de actitudes nocivas al binomio madre-bebé, que caracterizan la violencia obstétrica.

Al respecto, un estudio transversal realizado sobre el acompañante durante el parto en la Región Sur de Brasil encontró que la mayoría de las entrevistadas fueron monitoreadas durante el trabajo de parto; sin embargo, pocas continuaron en el momento del parto, independientemente del parto normal o cesárea, así como su presencia se asoció con la aplicación de prácticas intervencionistas en el proceso de parto.⁽²⁸⁾

En este problema, la noción de ambigüedad en los enunciados muestra la percepción. La mujer es tipificada, manipulada, sometida a prácticas innecesarias, y se interrumpe la experiencia de dar a luz, de tener su cuerpo al nacer.⁽²⁹⁾ Al aplicar el fenómeno en estudio, las mujeres resignifican las vivencias del cuerpo femenino en el parto, de forma dudosa: unas consideran los cuidados que se realizan dentro de la normalidad y otras ven vulnerados sus derechos, así como la conciencia construida sobre el parto.

De esta manera, se produce una ruptura con la corporalidad, con la expresión del cuerpo, ya que las experiencias vividas pasan a formar parte del ser, el cuerpo es el primer lugar de la experiencia humana. El cuerpo es la concreción de estar en el mundo, es vehículo y portador de innumerables sentidos y sentimientos, y la mujer frente al proceso de intervención se ve perdiendo su rol de generadora de vida y protagonista del proceso de parir, de ser mujer y ser madre.

Además, la percepción del cuidado por parte de las parturientas refleja estas ambigüedades impresas en la conciencia femenina. Analíticamente, el cuidado se refiere al sentido y significado de las experiencias vividas por las mujeres en las declaraciones. Para ampliar la premisa del cuidado como herramienta para el significado de la mujer, se debe ampliar el ojo humano y valorar el potencial intersubjetivo frente a las experiencias de vida, movilizándolo sentimientos de dignidad, ética y solidaridad en las acciones profesionales.⁽¹²⁾

El cuidado relacional con el “estar-ahí-madre” debe ser el foco de atención de los profesionales de salud. Hay conmovedoras dualidades en los informes que muestran la fragilidad en la escucha de las demandas terapéuticas y en el desarrollo de la atención de manera humana en el proceso de parto, evidenciando la prevalencia del modelo biomédico, en relación a las acciones de los profesionales de salud.⁽¹²⁾

La percepción implica la capacidad de entrar y explorar la profundidad del mundo de la vida percibida y hay necesidad de utilizar de esta capacidad para cambiar comportamientos y rutinas en las instituciones que brindan asistencia y cuidado en el proceso del parto. Con esto, además de calificar la dinámica del cuidado, mejora la experiencia de vida de la mujer en trabajo de parto y reduce las complicaciones con el recién nacido, la madre y la familia.

El estudio enfrentó dificultades con respecto al acceso a las mujeres en sus hogares. Así, se señala la necesidad de replicar estudios fenomenológicos en otras instituciones de salud y regiones brasileñas, con el objetivo de conocer las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto y los significados que les atribuyen en la ocurrencia de violencia obstétrica.

En conclusión, las descripciones de los testimonios relacionan actitudes compatibles con violencia obstétrica en las vivencias de trabajo de parto y parto, tales como: negativa a la dieta y al acompañante de libre elección, valoración

excesiva de dilatación cervical sin consentimiento de la parturienta y falta de información. Además, existe ambigüedad en los relatos de las mujeres durante su experiencia de parto, lo que demuestra el desconocimiento de las prácticas asociadas a la violación de los derechos de las mujeres durante el parto y la violencia obstétrica.

Los equipos de salud relacionados con la atención a la mujer, la atención al parto y las conductas humanizadas deben modificar sus prácticas encaminadas a promover la calidad en el parto, propiciar cambios en las actividades profesionales e instituciones de salud a través de la colaboración interprofesional, de la reducción de intervenciones innecesarias, así contribuir con las políticas nacionales e internacionales de humanización para el trabajo de parto y el parto.

Referencias bibliográficas

1. Sauaia ASS, Serra MCM. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade. 2016 [acceso: 09/01/2020];2(1):128-47. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322630312_Uma_Dor_Alem_do_Part_o_Violencia_Obstetrica_em_Foco
2. Barbosa KGN, Rodrigues LG, Alencar GP, D'ávila S, Ferreira EF, Ferreira RC. Exploring the effect of time and sex in family and community violence from 2008 to 2014. Rev Saude Publica. 2019 [acceso: 09/01/2020];53:46. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/0034-8910-rsp-53-46.pdf>
3. Leal SYP, Lima VLA, Silva AF, Soares PDFL, Santana LR, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. Cogitare Enferm. 2018 [acceso: 09/01/2020];2(23):e52473. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883486/52473-231497-1-pb.pdf>
4. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2018;26:e3069. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
5. Warren CE, Njue R, Ndwiga C, Abuya T. Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement

- and developing interventions. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17:102. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1288-6>
6. Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. Musas. 2019;4(1):77-97. DOI: <http://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
7. Goli S, Ganguly D, Chakravorty S, et al. Labour room violence in Uttar Pradesh, India: evidence from longitudinal study of pregnancy and childbirth. BMJ Open. 2019;9:e028688. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028688>
8. Jojoa Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja Campo AM, Suárez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019;51(2):135-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
9. Mesenburg MA, Victora CG, Serruya SJ, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. Reproductive Health. 2018;15:54. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
10. Lopes GC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Atención ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3139. DOI: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
11. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
12. Carvalho PAL, Malhado SCB, Constâncio TOS, Ribeiro IJS, Boery RNON, Sena ELS. Cuidado humano à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170249. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0249>
13. Serra ELS, Carvalho PAL, Lauton MAR, Andrade LM, Jesus IS. Vivência de uma pessoa com câncer em estágio avançado: um olhar segundo a perspectiva de Merleau-Ponty. Rev Min Enferm. 2013 jul/set [acceso: 11/01/2020];17(3):635-43. Disponible en: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/678>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Ciudades y estados. 2021 [acceso: 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn/mossoro.html>

15. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2014 [acceso: 11/01/2020];67(3):468-72. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>
16. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):228-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
17. Marques ADB, Amorim RF, Landim FLP, Moreira TMM, Branco JGO, Morais PB et al. Consciência corpórea de pessoas com estomia intestinal: estudo fenomenológico. Rev Bras Enferm. 2018 [acceso: 11/01/2020];71(2):418-24. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0391.pdf
18. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
19. Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 [acceso: 09/03/2020];31(4):769-75. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400022
20. Oliveira MSS, Rocha VSC, Arrais TMSN, Alves SM, Marques AA, Oliveira DR, et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. ABCS Health Sci. 2019 [acceso: 11/01/2020];44(2):114-9. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022349/44abcs114.pdf>
21. Pedrosa CNLS, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2017;27(4):1163-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>
22. Santos NKB, Silva Júnior AF, Fontenelle OS. A medicalização da existência segundo a Fenomenologia de Merleau-Ponty. Arq. bras. psicol. 2018 [acceso: 12/01/2020];70 (3):232-45. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672018000300016&lng=pt&nrm=iso

23. Odashima MHG, Cavaca AG, Oliveira AE, Silva TM, Santo Neto ET. O parto na TV: um olhar sob a perspectiva de Ivan Illich. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180171. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180171>
24. Brasil CCP, Silva RM, Brilhante AVM, Melo AK, Batista MH. Entrelaçamento voz e emoção na percepção docente sob a ótica da fenomenologia de Merleau-Ponty. *Interface, comunic. saúd. educ.* 2018;22(66):865-76. DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622017.0344>
25. Lopes TRG, Santos VEP, Carvalho JBL. A presença do pai no método canguru. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20180370. DOI: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0370>
26. Engebretsen KM, Bjorbækmo WS. Burned out or “just” depressed? An existential phenomenological exploration of burnout. *J Eval Clin Pract*. 2019 [acceso: 20/01/2020];1-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jep.13288>
27. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, *et al*. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2811-23. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
28. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas. PF, d’Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>
29. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 4th ed. São Paulo: editora WMF Martins Fontes; 2011.

Conflicto de intereses

El autor refiere no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

1. *Conceptualización:* Amanda Michelly Santos Carer; Maria Suziane Bezerra da Costa; Adriano da Costa Belarmino
2. *Curación de datos:* Amanda Michelly Santos Carer; Maria Suziane Bezerra da Costa
3. *Análisis formal:* Amanda Michelly Santos Carer; Maria Suziane Bezerra da Costa; Adriano da Costa Belarmino
4. *Adquisición de fondos:*-----
5. *Investigación:* Amanda Michelly Santos Carer; Maria Suziane Bezerra da Costa
6. *Metodología:* Amanda Michelly Santos Carer; Maria Suziane Bezerra da Costa
7. *Administración del proyecto:* Keylane de Oliveira Cavalcante
8. *Recursos:* _____
9. *Software:* -----
10. *Supervisión:* Vinicius Costa Maia Monteiro; Adriano da Costa Belarmino; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Keylane de Oliveira Cavalcante
11. *Validación:* Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Keylane de Oliveira Cavalcante
12. *Visualización:* Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Keylane de Oliveira Cavalcante
13. *Redacción - borrador original:* Keylane de Oliveira Cavalcante
14. *Redacción - revisión y edición:* Adriano da Costa Belarmino; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Keylane de Oliveira Cavalcante