

Artículo original

Los significados de la violencia obstétrica en el proceso de parto y nacimiento

The Meanings of Obstetric Violence in the Process of Delivery and Birth

Diego Pereira Rodrigues^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8383-7663>

Valdecyr Herdy Alves² <https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>

Cristiane Cardoso de Paula³ <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>

Bianca Dargam Gomes Vieira² <https://orcid.org/0000-0002-0734-3685>

Audrey Vidal Pereira² <https://orcid.org/0000-0002-6570-9016>

Sílvio Éder Dias da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0003-3848-0348>

Andressa Tavares Parente¹ <https://orcid.org/0000-0001-9364-4574>

¹Universidade Federal do Pará. Belém-PA, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

*Autor para la correspondencia: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica está presente en el día a día de la maternidad y en la práctica de los profesionales de salud, donde es necesaria una atención ética y humanizada.

Objetivo: Analizar los valores expresados por los significados de los profesionales de salud sobre la violencia obstétrica en el proceso de parto y nacimiento.

Métodos: Estudio fenomenológico basado en la Teoría de los Valores de Max Scheler, realizado con 48 profesionales de salud de cuatro maternidades de Rio de Janeiro-RJ, Brasil, por medio de muestreo de conveniencia. Información recogida mediante entrevista fenomenológica entre abril/2017 y abril/2018 y analizada mediante el marco metodológico de la Teoría de la Interpretación de Paul Ricoeur.

Resultados: Algunos profesionales desconocían o no reconocían la violencia obstétrica, se

expresó un contravalor para la formación sanitaria. El valor científico apuntó a la posibilidad de resignificar la atención obstétrica como valor ético-vital en la práctica protectora contra los actos de violencia.

Conclusión: Los valores vitales, éticos y científicos constituyen la base de una práctica segura y cualificada, y son valores protectores frente a la violencia obstétrica. Sin embargo, no se valora la formación sanitaria, lo que contribuye a la invisibilidad de las mujeres y de la propia violencia.

Palabras clave: violencia obstétrica; enfermería obstétrica; parto humanizado; derechos sexuales y reproductivos.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is present in day-to-day maternity and in the practice of health professionals, in which cases ethical and humanized care is necessary.

Objective: To analyze the meaning values expressed by health professionals regarding obstetric violence in the process of delivery and birth.

Methods: A phenomenological study based on Max Scheler's theory of values was carried out with 48 health professionals from four maternity hospitals in Rio de Janeiro-RJ, Brazil, by means of convenience sampling. The information was collected through phenomenological interview between April, 2017 and April, 2018, as well as analyzed using the methodological framework of Paul Ricoeur's interpretation theory.

Results: As long as some professionals were unaware of or did not acknowledge obstetric violence, a countervalue for health training was expressed. The scientific value pointed to the possibility of resignifying obstetric care as a vital-ethical value in the protective practice against acts of violence.

Conclusion: Vital, ethical and scientific values are the basis of a safe and qualified practice, at the time that they are protective values against obstetric violence. However, health training is not valued, which contributes to the invisibility of women and of violence itself.

Keywords: obstetric violence; obstetric nursing; humanized delivery; sexual and reproductive rights.

Recibido: 26/02/2022

Aceptado: 20/01/2023

Introducción

El término violencia en el parto (VO) ha sido entendido y utilizado en la literatura científica para designar el concepto *Disrespect And Abuse During Childbirth*,⁽¹⁾ denominación que designa cualquier conducta dirigida a las mujeres en el ciclo gravídico-puerperal, que es realizada por instituciones y profesionales de salud con asistencia irrespetuosa, discriminatoria y violenta, en especial por el modelo obstétrico intervencionista.^(1,2,3) Esta violencia se basa en la violencia de género, ya sea por designaciones físicas, psicológicas, simbólicas, institucionales o por otras formas de violencia.

La práctica obstétrica en el trabajo instituido y valorado por los profesionales se establece en la vida cotidiana con la valorización del modelo tecnocrático del parto, cuyo valor expresado en la patologización de los procesos naturales del parto contribuye a la manipulación e intervención sobre el cuerpo femenino⁽⁴⁾ con numerosas intervenciones y rutinas protocolares acordes con este modelo.^(1,2,3,4,5,6,7)

El modelo tecnocrático se centra en el profesional sanitario y no en la mujer, lo que implica actos en desacuerdo con las necesidades de la mujer y del parto. En consecuencia, existe una falta de respeto a los derechos sexuales, reproductivos y humanos en detrimento de una integridad física, psicológica y moral. Así, esta práctica profesional contribuye a hacer prevalecer los contravalores a los derechos y un cuidado con base científica y centrado en las necesidades y valores de las mujeres.^(6,7,8)

La VO está relacionada con la cosmovisión y los valores de cada profesional, que influyen en la práctica diaria de la atención con las mujeres, permea el mantenimiento de la conducta obstétrica sustentada en el Modelo Tecnocrático y tiene una compleja relación multifactorial con el fenómeno de la VO como ejemplo de la relación directa con la formación de profesionales en los cursos de salud en los niveles de pregrado y postgrado, que aborda este sistema de salud.^(4,6,9) Este modelo sustenta la VO, traducida en falta de respeto, discriminación, intimidación y coacción, además de actos de violencia en diferentes dimensiones, ya sea física, emocional, moral, verbal e incluso sexual.^(1,7,8,9) La aplicabilidad

de la Teoría Scheleriana de los Valores⁽¹⁰⁾ permite la comprensión de este fenómeno centrado en los valores instituidos⁽¹¹⁾ en la práctica diaria en la atención a las mujeres en las maternidades brasileñas, en el contexto de las políticas públicas de atención al parto.

Esta comprensión filosófica permite importantes reflexiones y análisis para el contexto actual de la VO en el escenario brasileño. El pensamiento de *Scheler*⁽¹⁰⁾ expresa la concepción del valor ante las necesidades y anhelos del sujeto. De este modo, todo valor añadido se convierte en un proceso para satisfacer carencias y frente a necesidades experienciales.⁽¹¹⁾ Así, no es la razón la que toma la iniciativa en el proceso de los valores, sino las dimensiones intuitivas e intencionales conscientes en el mundo de la vida.⁽¹²⁾ La teoría scheleriana⁽¹⁰⁾ señala el valor, el contravalor y el no valor, que pueden entenderse como valor de las necesidades humanas, yendo hacia lo que vale como salud, lo que va contra la salud o la indiferencia hacia la salud.^(6,10,11)

Con esta reflexión en relación a la filosofía scheleriana⁽¹⁰⁾ existe un contravalor al Modelo Tecnocrático,⁽⁴⁾ pues va en contra de lo que la ciencia y la humanización priorizan en relación al campo biológico en la atención del parto, al actuar como factores contrarios a la justicia, a la ética y muchas veces a la vida de las mujeres al utilizar procedimientos innecesarios durante la atención del parto.^(6,13,14,15) Los profesionales de la salud necesitan reflexionar sobre el cuidado cotidiano, la intuición emocional⁽¹⁰⁾ permite la transformación del sujeto (profesional) por la propia práctica.

Debido a que es un fenómeno multifactorial y complejo desde el reconocimiento de su existencia, se convierte en poco probable un número aproximado de su ocurrencia en los estudios; además, sus descripciones de las prácticas y actitudes con las mujeres en el momento del parto pueden tener diferentes significados en diferentes regiones del mundo. Por lo tanto, existen lagunas en la literatura que abordan estos diversos aspectos para que pueda haber una mayor comprensión de este fenómeno.

El estudio surgió de las experiencias y reflexiones aportadas en el entorno de la atención obstétrica. Para orientar esta reflexión, se formuló la pregunta guía del estudio: ¿cómo expresan los profesionales de la salud los valores para la comprensión de la VO de la atención obstétrica? Así, el objetivo del estudio fue analizar los valores expresados por los significados de los profesionales de la salud sobre la violencia obstétrica en el proceso de parto y nacimiento.

Métodos

Estudio cualitativo en la perspectiva fenomenológica, apoyado en el referencial de la Teoría de los Valores de Scheler,^(10,11,12) que posibilita la comprensión de las construcciones y relaciones sociales y articula la concepción de los valores a través de las necesidades del ser humano.

El escenario fueron las maternidades de la red de atención materno-infantil de la región Metropolitana II del Estado de Río de Janeiro, Brasil: Hospital Universitario Antônio Pedro, Hospital Estadual Azevedo Lima, Maternidad Municipal Dra. Alzira Reis Vieira y Maternidad Municipal Dr. Mario Niajar.

Treinta y seis profesionales (18 obstetras y 18 enfermeras obstétricas) de cada maternidad se consideraron elegibles para participar, número de profesionales proporcionado por la dirección, con un total de 144. A continuación, se realizó un reclutamiento por muestreo de conveniencia con invitación a presentar el objetivo y la información sobre el estudio a cada participante elegible. La recogida de datos fue realizada por un investigador principal en cada maternidad durante el turno de trabajo de los profesionales encuestados. Luego, se realizó el reclutamiento.

Criterios de inclusión: Ser profesionales de enfermería obstétrica y obstetras; y actuar en la atención de mujeres en proceso de parto y nacimiento.

Criterios de exclusión: Profesionales con menos de seis meses de servicio.

Una vez aplicados los criterios, se invitó a los participantes elegibles a una entrevista. La recogida se cerró por suficiencia de significados⁽¹⁶⁾ cuando el análisis desarrollado indicó que los significados obtenidos respondían al objetivo de la investigación, es decir, ya no era necesaria la inclusión de nuevos participantes. El número de participantes no estaba predeterminado y ascendió a 48 profesionales de la salud, 12 de cada maternidad, de ellos, 6 obstetras y 6 enfermeras obstétricas.

La información del estudio se desarrolló con profesionales de cada categoría por turno en cada escenario de investigación en el período de abril/2017 a abril/2018. Se utilizaron entrevistas fenomenológicas⁽¹⁰⁾ a cargo de un investigador con experiencia en el tema de la obstetricia y en la técnica de recogida. La entrevista tuvo lugar en un único momento en una

sala reservada (despacho) de las unidades sanitarias con la presencia del investigador principal y del profesional.

La entrevista comenzó con la pregunta guía: hable de sus significados sobre la VO con mujeres en proceso de parto y nacimiento. La duración media de cada uno fue de 45 minutos, los discursos se grabaron en un dispositivo digital con autorización previa de los participantes y se transcribieron en su totalidad. El investigador no tenía ninguna relación con los escenarios implicados en la investigación, que solo se estableció durante el proceso de reclutamiento de los participantes.

El análisis de los datos se desarrolló según la Teoría de la Interpretación de Paul Ricoeur⁽¹⁷⁾ y siguió los siguientes pasos: 1) Lectura inicial, cuando se estableció la relación entre la producción de significados (en la entrevista) y la primera aprehensión (en la escucha del material audio grabado, en la transcripción y en las primeras lecturas del texto escrito, libres de juicios); 2) Lectura crítica, al leer la palabra (unidad semiótica), la frase (unidad semántica) seguida del párrafo y el texto completo (unidad hermenéutica - discurso) para ampliar la comprensión de los significados y organizarlos; 3) Apropriación, al interpretar los significados de los profesionales de la salud en relación con la VO a partir de la Teoría Scheleriana de los Valores.⁽¹⁰⁾ Los discursos de los participantes en este estudio se discutieron con base en pruebas científicas y en la referencia teórica propuesta.

Esa unidad de sentido contempló los siguientes significados: 1) Contravalor en la formación en salud: la invisibilización de la violencia obstétrica; 2) El valor científico como vital y ético en la reconfiguración de la práctica obstétrica protectora. El primer sentido se refería al contravalor para la formación sanitaria con ignorancia y desacuerdo, que contribuye a la invisibilidad de la VO; y el segundo sentido se refería al valor científico para la práctica sanitaria basada en el conocimiento y en un cuidado ético-vital, cuando el profesional comprende la VO y da un nuevo significado al cuidado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Antônio Pedro” de la Universidad Federal Fluminense según el Dictamen No. 1.737.132/2016 previsto en la Resolución No. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Para preservar el anonimato de los participantes, se les identificó con el código PS de Profesional Sanitario, seguido del orden de las entrevistas (P1, P2, P3, ..., P48), además de la garantía de participación voluntaria mediante la firma del Formulario de Consentimiento

Informado. Se utilizaron el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para garantizar la calidad y la transparencia del informe sobre la realización de la investigación.

Resultados

Contravalor en la formación sanitaria: la invisibilidad de la violencia obstétrica

Los discursos de los profesionales sanitarios no demostraron la comprensión del valor de la formación sanitaria, ya que muchos no tenían conocimientos sobre la violencia obstétrica.

“No! Nunca me di cuenta de que eso pasa, nunca, y no tengo claridad sobre la VO, falta una conversación, entender más, eso falta”. (PS16)

“No tengo el conocimiento sobre la VO, esta discusión no vino en mi formación, hoy quieren cambiar todas las rutinas que ya existen, muchos hablan de seguridad, ¿será seguro para ellas (las mujeres)?” (PS20)

Los profesionales discreparon y se distanciaron de las pruebas científicas en relación con la VO. Así, algunos no reconocieron la importancia del tema, que constituye un contravalor para la formación y la educación continua en el área obstétrica.

“Creo que es una política que va en contra de todo lo que estudiamos, todo lo que hicimos y hacemos hasta hoy igual, entonces, estoy totalmente en contra de todas las leyes, de todas las cosas, todo lo que hace el profesional de la salud hoy en día es VO, entonces, es como tirar todo a la basura, toda la teoría aprendida, hay que discutirla, no es así, no”. (PS9)

“En cuanto a esta terminología VO, no estoy de acuerdo, porque todo lo que desde la práctica médica se dice ahora es violencia, y no lo es. Es nuestra práctica médica la que ayuda a las mujeres a dar a luz con seguridad, y eso no es violencia”. (PS48)

El valor científico como vital y ético en la reconfiguración de la práctica obstétrica protectora

Existe una valoración de los profesionales sanitarios en el ámbito científico, que modifica la práctica originada por el proceso intuitivo de agregación diaria de conocimientos. Los discursos señalaron un cambio en la atención obstétrica, en la que existe una preocupación por la salud de las mujeres, que se expresa en la reconfiguración de la jerarquía de valores.

“La VO pasa por varios campos, va desde lo psicológico hasta lo físico, incluso lo sexual, y pasa no solo por los profesionales de la salud, sino también por la institución de salud, ellas (las embarazadas) hacen una peregrinación, esto es VO, esto se discute en la Red Cigüeña.” (PS19)

“La VO no es solo de una clase profesional, porque hablan mucho de los médicos, no solo de la parte médica, es de todos nosotros, vemos y reafirmamos la violencia todos los días como chistes verbales peyorativos contra la mujer embarazada, y no hacemos nada para prevenir y dar apoyo a las mujeres, la evidencia está ahí, demos valor en el cambio que propone la Red Cigüeña, cambiemos la forma de atención”. (PS37)

Los significados de los profesionales de la salud señalaron actos irrespetuosos en la cotidianidad sanitaria, que vulneran los derechos de las mujeres, tratadas como sujetos secundarios en la práctica asistencial. El valor del conocimiento permite que la práctica asistencial tenga una repercusión directa en la vida de las mujeres y en el valor ético-vital de pensar y actuar en el ámbito del nacimiento.

“Cuando no se cambia la conducta asistencial, cuando no se califica, se sostiene la VO, cuando se dice: «¡Estás haciendo mal la fuerza! ¡Abre la pierna! ¡No llores! ¡No grites!» Es una falta de respeto humano, de justicia. [...] hay que saber conducir la asistencia, hay que saber hablar, estar al día, porque creo que la violencia conduce a graves problemas de salud, la asistencia sanitaria está cambiando, este cambio es gradual, y ya veo un pequeño cambio cuando el profesional evita algunas intervenciones con episiotomía, maniobra de kristeller y otras, usted entiende”. (PS15)

“La mujer que sufre prejuicio por ser múltipara o no recibe atención calificada que

atienda sus necesidades, de acuerdo con las directrices nacionales para el parto, eso es violencia, eso es falta de respeto humano [...] hoy tenemos que disminuir las intervenciones innecesarias, y veo cambios, aquí mismo, puede ser lento, pero está ocurriendo”. (PS40)

Discusión

El contravalor se establece siempre como algo negativo.^(10,11) En el discurso de los profesionales de la salud, la formación no constituye algo de valor, sino que en el día a día retrata la expresión de valores por el desconocimiento o no reconocimiento de la VO, ya que cuando hay ausencia de un proceso consciente para adquirir nuevos conocimientos, el profesional de la salud va en contra del propio avance científico, de la calidad asistencial y de la vida de las mujeres, es decir, de valores positivos para una atención respetuosa y cualificada.^(2,3,4,6,7,8,9,10,11,18)

Este modelo obstétrico no avanzó en el cambio la evidencia científica, sino que legitimó saberes y prácticas inadecuadas en el campo de la atención obstétrica que culminan en la invisibilización de la VO y su naturalización en el cotidiano de las maternidades. Esta invisibilidad de la VO es un contravalor para una atención respetuosa, humanizada y cualificada, y establece la figura del profesional sanitario como poseedor del conocimiento y central en el proceso del parto, que tiene la manipulación del embarazo como patológica, lo que permite esta invisibilidad. Por lo tanto, el concepto de VO contradice este modelo intervencionista y apunta a cambios cotidianos y necesarios.^(2,4,19,20)

El proceso de formación en salud es un valor en sí mismo.⁽¹⁰⁾ La VO ha sido divulgada en estudios,^(1,2,3,4,8,9,13,14,15,18,19,20) eventos científicos, foros y debates sobre la interferencia real establecida en el ámbito de la atención obstétrica. Es evidente la necesidad de que el profesional de salud amplíe la formación para los descubrimientos del avance de la ciencia en salud, que tiene como objetivo alcanzar la calidad en la asistencia y sistematiza la práctica en salud con la formación, así con nuevos conocimientos, actitudes y prácticas en el proceso de trabajo, ya que el trabajo en salud no es solo ejecución de tareas, es un valor vital para la vida de las mujeres.^(7,10,11,12,19) Esto se debe al hecho de que la práctica del profesional de salud debe garantizar la mejor atención, por lo tanto, la vida de las mujeres constituye el

factor de su acción.

La oposición evaluativa⁽¹⁰⁾ de los discursos de los participantes expresa aversión a la calidad de la atención y permite mantener el modelo obstétrico cuando hay distancia de la comprensión del fenómeno a través del valor del proceso científico y se expresa en las cosmovisiones en el proceso de trabajo. Pues, cuando no se valoran las nuevas recomendaciones científicas, se permite que la asistencia no se dirija a una mayor calidad, muchas veces es la forma de su visión con la que el profesional cuenta sobre la asistencia, y no lo que está demostrado como eficaz y seguro. Por lo tanto, mientras no se reconozca la terminología de la VO y el modelo actual de atención al parto como tecnocrático, abusivo y permeado de intervenciones innecesarias, se generará violencia contra las mujeres, se configura inviable que haya modificaciones de las prácticas, con la intención de evitar la violencia.⁽²¹⁾ Solo desde el reconocimiento y la aceptación se puede iniciar el proceso redentor de deconstrucción y transformación.

Este pensamiento se opuso a los discursos de los participantes, que mostraron un total desacuerdo sobre la terminología de la VO, cuyos significados se articularon como contravalores para la formación en salud. Este tipo de violencia existe en el cotidiano del modelo obstétrico, hay necesidad de actualización y capacitación en servicio para cambios en la asistencia.⁽²¹⁾ Cualificar el valor del conocimiento científico⁽¹⁰⁾ permite la atención al cotidiano de las mujeres y a las diversas formas de violencia.^(1,2,3,4,8,9,13,14,15,18,19,20,21,22)

Los discursos de los profesionales de la salud se refirieron al valor del conocimiento de la atención obstétrica⁽¹⁰⁾ y se tradujeron en la concepción de la VO basada en la literatura científica,^(1,2,3,4,8,9,13,14,15,18,19,20,23) que apunta a los aspectos físicos, psicológicos, sexuales, institucionales, morales, verbales, negligencia, no tratamiento y falta de respeto. Es evidente que existe un movimiento inductivo por parte de las políticas sanitarias y el valor científico como atención vital y ética a las mujeres en el ámbito del parto y el nacimiento. Así, se produce una reorganización de la jerarquía de valores en el campo verdad-vital-ético-político en la vida cotidiana de los profesionales de la salud, que posibilita la práctica obstétrica protectora.

Pero este proceso se hace posible la transición del modelo obstétrico, mediado por las políticas públicas de salud, la evidencia científica y el movimiento de transformación de la atención a las mujeres en el ámbito del parto y nacimiento, permeado por profesionales,

gestores, mujeres y sociedad⁽²⁴⁾ que, por técnicas y prácticas que en un momento fueron reconocidas como valor vital, hoy ya no son consideradas como valor, sino como contravalor a la vida de las mujeres, como la maniobra de kristeller, la episiotomía de rutina, la oxitocina de rutina, entre otras técnicas.^(1,2,3,4,8,9,18,19,20,23,25)

El valor vital, como resultado del valor científico, constituye la base de la práctica profesional, guiada por el valor de la vida, con el bienestar como marco para el logro de la plenitud de la vida sana. El valor de la sensibilidad correspondiente al bienestar se ha interpretado de manera significativa por los profesionales de la salud, ordenado por el valor de lo científico, que se perpetúa por el avance de la ciencia para modificar la realidad.^(10,11) En este estudio se concibe ampliar el significado de la praxis de los profesionales de la salud al conocimiento científico, en cambios de actitudes, técnicas y comportamientos que valoran los procesos vitales intrínsecos al valor humano, con miras a dar un nuevo significado a la atención de la salud.

Mientras que el valor ético, experimentado en el cuidado de la mujer en las maternidades cotidianas, favorece la ampliación de la mirada a las necesidades reales experimentadas en el parto, que valora al otro en sí mismo, el sentido del valor ético⁽¹⁰⁾ se manifiesta a través de la percepción emocional afectiva pura y, además, proporciona el acceso al mundo de los valores éticos, que se basan en conocer el bien y la verdad en la conducta del hombre.⁽¹²⁾ Se pondera que los valores éticos están mediados por el acto de realizar acciones que consoliden el bien de una determinada sociedad, de un colectivo de personas o de un individuo. Es incuestionable que se trata de valores superiores, por lo tanto, se tornan esenciales y saludables para la humanidad, representados aquí por el acto de conocer los cambios y reflexiones sobre la práctica obstétrica y la violencia.^(10,11,12)

En esta transición, el modelo obstétrico se configura en valores facetados: los valores vitales y éticos se apoyan en los valores de las premisas científicas, es decir, en el valor primordial de asegurar la vida humana, y eso, a su vez, contribuye al cuidado de la mujer. Hay una valorización por visibilizar, en el sentido de cuidar el acto de parir, en el que el nacimiento debe estar lleno de significados, lo que detona el cuidado singular y respetuoso, libre de violencia.

Es innegable reconocer los beneficios de las inversiones en ciencia y tecnología para hacer frente a la VO como un valor vital y ético, esencial para la reducción de la muerte materna,

y también reconocer la necesidad de ampliar la mejora en la atención al parto y el nacimiento para los profesionales de la salud se centró en el respeto a la mujer, donde, todavía, muchos profesionales contribuyen a la discriminación y la falta de respeto.^(18,19,24,25)

Los cuidados en el parto y el nacimiento considerados deshumanizados, ligados, en particular, al desconocimiento de las mejores evidencias científicas vinculadas a la práctica profesional, son objeto de un amplio debate político basado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular en la formación sanitaria.⁽²³⁾ Estos objetivos contribuyen a revisar los excesos de las intervenciones sobre el cuerpo femenino y a (re)configurar los cuidados de las mujeres, centrados en la asistencia a ellas y basados en sus necesidades y expectativas. La resignificación de los valores de la práctica obstétrica surge articulada a las políticas públicas de salud en el campo del parto y nacimiento, a asegurar la garantía de una asistencia calificada y segura, así como a la valorización del conocimiento científico basado en buenas prácticas obstétricas que apoyen el modelo de humanización como valor en sí mismo, es decir, el valor de la vida.

En conclusión, los valores vitales, éticos y científicos constituyen la base de una práctica segura y cualificada, y son valores protectores frente a la violencia obstétrica. Sin embargo, no se valora la formación sanitaria, lo que contribuye a la invisibilidad de las mujeres y de la propia violencia.

Limitaciones del estudio

Se identificó la imposibilidad institucional de realizar un análisis documental sobre las descripciones de las prácticas asistenciales realizadas y descritas por los profesionales en los documentos institucionales.

Referencias bibliográficas

1. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2811-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

2. Mena Tudela D, Iglesias Casás S, González Chordá VM, Cervera Gasch A, Andreu Pejó L, Valero Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(21):1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
3. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*. 2022;105:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
4. Mena Tudela D, Cervera Gasch A, Andreu Pejó L, Alemany Anchel MJ, Valero Chillerón MJ, Peris Ferrando E, *et al.* Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2022;110:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>
5. Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
6. Alves VH, Barea R, Werneck VR, Grzibowski S, Rodrigues DP, Silva LA. Ethical care of the other: Edith Stein and Max Scheler's contributions. *Escola Anna Nery*. 2018;22(2):e20170382. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0382>
7. Palharini LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*. 2017;49:e174907. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>
8. Arachu C, Savage V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*. 2018;38(2):123-36. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
9. Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, *et al.* Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(2):e20210052. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052>
10. Scheler M. *Da reviravolta dos valores*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
11. Pereira RM. *O sistema ético-filosófico dos valores de Max Scheler*. Porto Alegre: EST edições; 2000.
12. Cadena NB. Scheler, os valores, o sentimento e a simpatia. *Revista de Ética e Filosofia Política*. 2013;2(16):76-88. DOI: <https://doi.org/10.34019/2448-2137.2013.17695>
13. Souza KC, Silva TP, Damasceno AK, Manzo BF, Souza KV, Filipe MM, *et al.* Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of

- membership. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21(618):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>
14. Ferreira GI, Barbosa KH, Duarte ADC, Oliveira C, Guilhem D. Bioethics in Childbirth Care: Protocol for a Scoping Review. JMIR Research Protocols. 2021; 10(7):e29921. DOI: <https://doi.org/10.2196/29921>
15. Damas LB, Machado RS, Sinclay AGP, Portales AG. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. Revista Cubana de Enfermería. 2021 [acceso: 25/01/2022];37(1):e3740. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3740>
16. Paula CC, Padoin SM, Terra MG, Souza IE, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014;67(3):468-72. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063>
17. Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70 Lda; 2013.
18. Flores JY, Ledezma AG, Ibarra LE, Acevedo CE. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03464. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>
19. Marques GM. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12):4743-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>
20. Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. reflections inspired by focus groups with midwives. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18(23):1-15. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>
21. Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Who is afraid of obstetric violence? Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2020;20(2):623-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
22. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of collective health: conceptions and competencies. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):830-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>

23. Borges MT. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law J.* 2018 [acceso 25/01/2022];64(4):827-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29469554>
24. Zanardo GL, Uribe MC, Nadal AH, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc.* 2017;29:e155043. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
25. Reis TL, Padoin SM, Thayla RP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e64677. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Diego Pereira Rodrigues.

Curación de datos: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula.

Análisis Formal: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Adquisición de fondos: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Investigación: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula.

Metodología: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Administración del proyecto: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Recursos: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Supervisión: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Validación: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Visualización: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Redacción - Proyecto original: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.

Redacción – revisión y edición: Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Cristiane Cardoso de Paula; Bianca Dargam Gomes Vieira; Audrey Vidal Pereira; Sílvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente.