







ARTÍCULO ORIGINAL

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA MUJERES PUÉRPERAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD: ANÁLISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIA

Antonia de Maria Gomes Paiva¹ 
Ana Maria Martins Pereira² 
Sibele Lima da Costa Dantas³ 
Antonia Regynara Moreira Rodrigues⁴ 
Francisca Weslla Oliveira da Silva⁵ 
Dafne Paiva Rodrigues⁶ 

ABSTRACT

Objective: to analyze the social representations of puerperal women and health professionals about obstetric violence. Method: a multimethod research guided by the Theory of Social Representations and conducted in two maternities in the state of Ceará - Brazil, with 28 health professionals and 283 puerperal women from November 2018 to January 2019, using the Free Word Association Test. The data were analyzed by means of Correspondence Factor Analysis in the TriDeux Mots 5.3 program. Results: it was observed that obstetric violence was anchored, by health professionals, in violent practices, which encompass from rude language to interventions based on weak evidence. In turn, the puerperal women perceived it in the absence of information, the treatment received and the deprivation of their rights. Conclusion: social representations about obstetric violence are revealed by the technical and normative aspects of the obstetric practice evoked by the health professionals and are signified by puerperal women in the behavioral and relational elements perceived and felt during the parturition process.

DESCRIPTORS: Obstetric Violence; Delivery; Obstetric Nursing; Social Psychology; Humanization of Delivery.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Paiva A de MG, Pereira AMM, Dantas SL da C, Rodrigues ARM, Silva FWO da, Rodrigues DP. Social representations of obstetric violence for puerperal women and health professionals: correspondence factor analysis. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75198>.

¹Unidade Básica de Saúde Flores. Ipu, CE, Brasil.

²Faculdade Terra Nordeste. Fortaleza, CE, Brasil.

³Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. Mossoró, RN, Brasil.

⁴Hospital Geral Waldemar Alcântara. Fortaleza, CE, Brasil.

⁵Unidade Básica de Saúde Dr. Eduardo Régis Jucá. Fortaleza, CE, Brasil.

⁶Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La violencia durante el parto se caracteriza por cualquier acción o intervención en el binomio madre-hijo que se realiza sin el consentimiento previo de la mujer⁽¹⁾. La incorporación de prácticas violentas durante el parto data de finales del siglo XIX, cuando el ámbito obstétrico dejó de ser exclusividad de lo femenino y pasó a abarcar la práctica médica, habiendo, a partir de entonces, una búsqueda por controlar el evento biológico del parto. La hospitalización generó un incremento en la cantidad de intervenciones y culminó en varias clases de violencia, desde negligencia en la atención hasta uso indiscriminado de intervenciones sin evidencias científicas⁽²⁾.

Como resultado del modelo de asistencia durante el parto adoptado en Brasil, se convirtió en el país con la mayor tasa de cesáreas del mundo, llegando al 56% de todos los partos del país, entre la red privada y el Sistema Único de Salud (SUS), con la justificación de mejorar los índices maternos y neonatales. Vale resaltar que la tasa de cesáreas aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 10%, e índices superiores a ese porcentaje no están relacionados a una reducción en la mortalidad materna y neonatal. Tasas de cesáreas superiores al 30% se relacionan a mayores índices de mortalidad materna y neonatal, debido a complicaciones quirúrgicas, como infecciones y nacimiento de niños prematuros⁽³⁾.

Ante esta situación surgió la siguiente pregunta: ¿De qué manera representan los comportamientos que componen la violencia obstétrica las mujeres puérperas y los profesionales de la salud? Este estudio podrá contribuir con prácticas más humanizadas, y que consideren los contextos sociales de las mujeres atendidas, asumiendo así una postura profesional humanizada, ética y capaz de responder a las necesidades de las pacientes.

Como es necesario apropiarse del significado construido por los profesionales y las parturientas sobre la práctica asistencial durante el parto, la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) se muestra adecuada para investigar ese fenómeno, pues consiste en una forma de conocimiento, elaborada y compartida socialmente, con un objetivo práctico, y que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social⁽⁴⁾.

De esta manera, el objetivo de la investigación fue analizar las representaciones sociales de mujeres puérperas y profesionales de la salud sobre la violencia obstétrica.

MÉTODO

Estudio exploratorio de enfoque multimétodo, guiado por el referencial teórico de las Representaciones Sociales, considerando el enfoque procedimental de Moscovici⁽⁵⁾. Se realizó en dos escenarios: la sección obstétrica de un hospital público (unidad uno), ubicado en la ciudad de Ipu, en el interior del Estado de Ceará, Brasil; y una maternidad pública (unidad dos), situada en el municipio de Maracanaú, en la región metropolitana de la capital de Ceará, ambas en la región Noreste de Brasil.

La investigación se realizó con mujeres puérperas internadas durante el período de recolección de datos y con enfermeras, médicos y técnicos en Enfermería que se desempeñan en la asistencia directa al parto. Se excluyó a los profesionales que estaban de vacaciones y/o licencia de cualquier tipo, así como a las mujeres puérperas que poseían alguna patología clínica que les impidió o imposibilitó participar en el estudio.

Para la definición del tamaño de la muestra de profesionales, se utilizó el criterio de muestra aleatoria simple; en cambio, para las mujeres puérperas, se realizó el cálculo de población finita, considerando el promedio de internaciones en las instituciones, derivando

en 289 puérperas, 81 de las cuales provenían de la unidad uno y 202 de la unidad dos.

Los profesionales fueron invitados a participar de la investigación durante sus turnos de trabajo, tras explicarles los objetivos del estudio. Quienes aceptaron la invitación fueron conducidos a un ambiente reservado, donde pudieron sentirse cómodos para responder las preguntas de investigación. Cuando no era posible responder durante el turno, las investigadoras aguardaban a que finalizara. Los profesionales se mostraron receptivos y todos los que recibieron la invitación aceptaron participar en la investigación.

En relación con la recolección de datos con las mujeres puérperas, el acercamiento tuvo lugar al primer o segundo día del puerperio, dependiendo del estado físico y emocional de las participantes. Las entrevistas tuvieron inicio tras la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado, con una duración promedio de cinco minutos, considerando que se debe dar un tiempo máximo de cinco segundos para responder a cada estímulo inductor.

Los datos se recolectaron entre noviembre de 2018 y enero de 2019, por medio de un instrumento compuesto por ítems de caracterización de las pacientes y por estímulos inductores seleccionados por medio de la Técnica de Asociación Libre de Palabras (TALP), que consiste en una técnica proyectiva, un instrumento de investigación utilizado para recolección de datos, que provee informaciones relacionadas a los procesos mentales de los individuos investigados. Por medio de estímulos inductores, se evocan universos semánticos a través de la explicitación de los universos comunes de las palabras⁽⁶⁾.

Los datos sociodemográficos de los profesionales y de las mujeres se sometieron a análisis estadístico descriptivo simple. Se transcribieron y analizaron las informaciones de la TALP con la ayuda del programa Tri-Deux Mots, versión 5.3, el cual permite verificar correlaciones entre variables predefinidas por el investigador, además de relaciones de atracción y alejamiento entre los elementos de campos representacionales acerca de un objeto dado⁽⁷⁾.

Tras la recolección de datos, se siguieron los siguientes pasos: creación de diccionarios, uno para cada estímulo inductor; agrupación de palabras con similitud semántica, codificación de las participantes con un número de orden, seguido por la codificación de las tres variables fijas utilizadas: grupo de pertenencia, lugar donde se realizó la investigación y nivel de estudios; a continuación, se procedió a la etapa operativa de los datos⁽⁶⁾.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidade Estadual do Ceará, según opinión número 3.050.083.

RESULTADOS

El estudio analizó los datos de 29 profesionales del equipo multiprofesional y de 289 mujeres puérperas. Como puede verse en la Tabla 1, el equipo multidisciplinario estuvo conformado por enfermeras, médicos y técnicos en Enfermería. En la Unidad uno, la mayoría se desempeña en la profesión desde hace aproximadamente uno a tres años, y asistió a diversos cursos recientemente. Los participantes de la Unidad dos trabajan hace cuatro a nueve años, y la mayoría asistió a algún curso hace uno a tres años.

Tabla 1 - Caracterización de los profesionales que se desempeñan en la asistencia hospitalaria durante el parto y el puerperio, de acuerdo con las variables profesionales. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

Variables	Unidad 1		Unidad 2	
	n	%	n	%
Categoría				
Enfermera	6	54,5	9	53
Médico	3	27,2	1	5,8
Técnico en Enfermería	2	18,3	7	41,2
Tiempo de actividad en la profesión				
< 1 año	1	9	5	22,7
1-3 años	4	36,4	2	9,1
4-9 años	3	27,3	8	36,3
10 o más años	3	27,3	7	32
Último curso				
< 1 año	7	67,3	9	41
1-3 años	3	27,3	12	53
3-5 años	1	9	-	-
No recuerda	-	-	1	6

Fuente: los autores (2019).

En la Tabla 2 se presentan los datos referentes a la caracterización sociodemográfica de las mujeres puérperas participantes del estudio, con predominio de mujeres entre 20 y 35 años de edad, en unión estable, con escuela secundaria completa, trabajos no remunerados y católicas.

Tabla 2 - Caracterización de las mujeres puérperas atendidas en el hospital, de acuerdo con las variables sociodemográficas. Fortaleza, CE, Brasil, 2019 (continua)

Variables	Unidad 1		Unidad 2	
	n	%	n	%
Edad				
14 – 19	15	19,2	57	28,3
20 – 35	48	58,8	136	67,5
36 – 42	18	22	9	4,2
Estado civil				
Unión estable	35	43,3	90	44,5
Casada	22	27,7	53	26,5
Soltera	19	22,7	48	24
Separada	2	2,1	5	2,5
Noviazgo	3	4,2	5	2,5
Estudios				

Analfabeta	11	12,7	5	2,5
Escuela primaria incompleta	18	22	28	14,1
Escuela primaria completa	13	16,3	22	11,1
Escuela secundaria incompleta	15	18,4	47	23,5
Escuela secundaria completa	16	19,8	87	43,5
Educación superior completa	2	2,8	9	4,7
Trabajo remunerado				
Sí	31	38,2	63	31,2
No	50	61,7	139	68,8
Religión				
Católica	43	53,9	93	46,1
Evangélica	32	39,7	87	43,1
Testigo de Jehová	3	3,5	14	6,8
Sin religión	2	2,8	8	3,8

Fuente: los autores (2019).

La Tabla 3 presenta el perfil obstétrico de las mujeres puérperas participantes de la investigación, con predominio de multíparas y de embarazos a término en las dos unidades investigadas. Sin embargo, la vía de parto más recurrente en la Unidad uno fue la vaginal, mientras que en la Unidad dos predominaron los partos abdominales.

Tabla 3 - Caracterización de las mujeres puérperas atendidas en el hospital, de acuerdo con las variables obstétricas. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

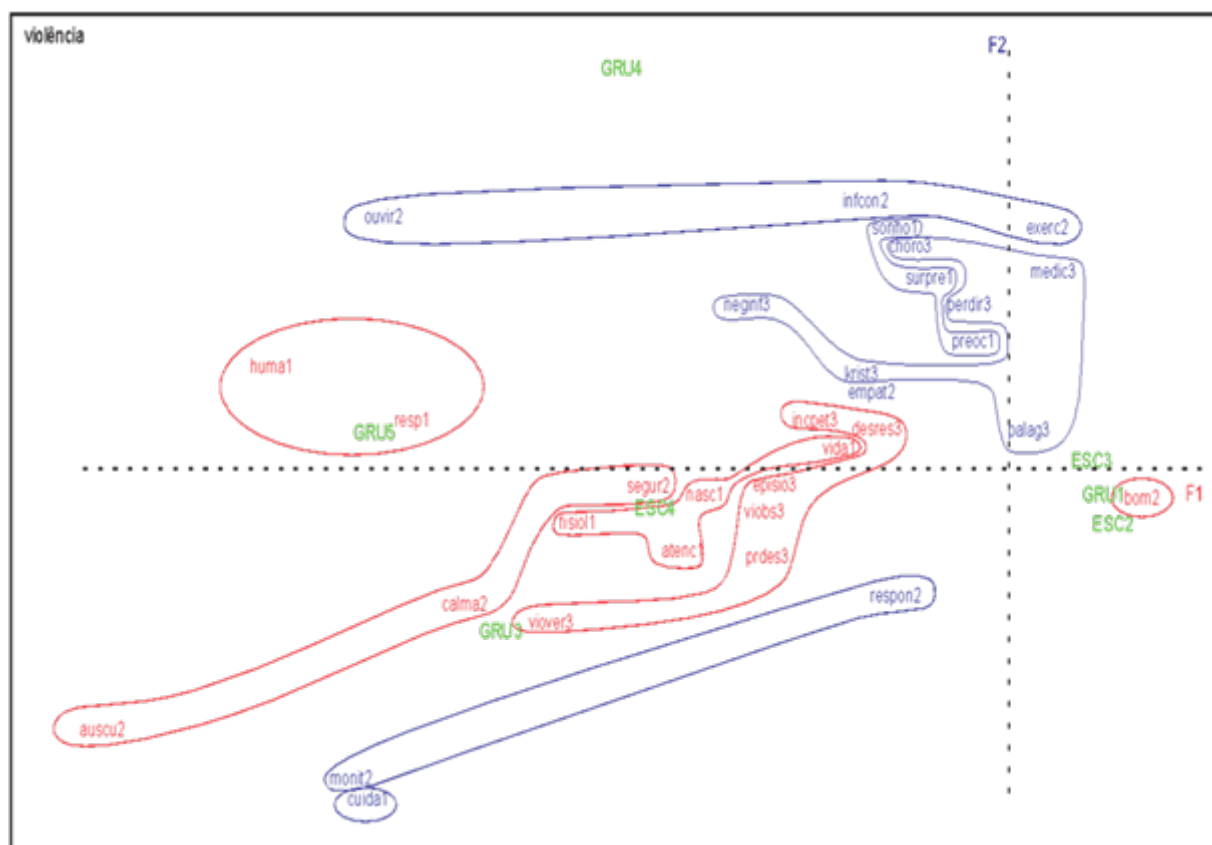
Variables	Unidad 1		Unidad 2	
	n	%	n	%
Paridad				
Primípara	37	45,4	87	43,1
Multípara	44	54,6	115	56,9
Vía de parto				
Vaginal	45	55,4	97	48,3
Abdominal	36	44,6	105	51,7
Edad gestacional				
Prematuro	-	-	24	12
A término	57	70,2	157	77,7
Post término	24	29,8	21	10,3

Fuente: los autores (2019).

Por medio de los estímulos inductores del parto, sentirse cuidada durante el parto/

cuidar durante el parto y maltratos durante el parto, a través de la TALP, se obtuvieron evocaciones se procesaron en el programa Tri-Deux Mots e interpretadas según el Análisis Factorial de Correspondencia (AFC). Las variables fijas utilizadas fueron grupo de pertenencia, lugar donde se realizó la investigación y nivel de estudios.

La Figura 1 representa los dos ejes: eje F1 (horizontal) y eje F2 (vertical). El Factor uno está representado por el color rojo mientras que el Factor dos, por el color azul. Las variables fijas están representadas por el color verde, donde LOC se refiere al lugar donde se realizó la investigación, GRU al grupo de pertenencia y ESC al nivel de estudios de las participantes. Los números uno, dos y tres que acompañan a las evocaciones equivalen al estímulo inductor.



REFERENCIAS: GRU1: Primípara; GRU2: múltipara; GRU3: Enfermera; GRU4: Técnico en Enfermería; GRU5: Médico; LOC1-Ipu; LOC2-Maracanaú; ESC1: Analfabeta; ESC2: Escuela primaria incompleta; ESC3: Escuela primaria completa; ESC4: Escuela secundaria incompleta; ESC5: Escuela secundaria completa; ESC6: Educación superior incompleta; ESC7: Educación superior completa

Figura 1 - Plano factorial de las representaciones sociales de mujeres puérperas y profesionales de la salud sobre violencia obstétrica. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

Se obtuvieron 3106 evocaciones, provenientes de 311 personas que respondieron la TALP, con 596 palabras diferentes, lo que posibilitó el acercamiento a los universos semánticos de las representaciones sociales de los profesionales y las mujeres puérperas sobre la violencia obstétrica.

Las evocaciones provenientes del primer estímulo, parto, en el eje F1, horizontal, que tuvieron mayor representación, considerándose su correspondencia por factor (CPF),

en el lado izquierdo, relacionado a los profesionales, enfermeros (CPF: 307), técnicos en Enfermería (CPF: 89) y médicos (CPF: 110) fueron las siguientes: humanización (CPF: 127), respeto (CPF: 60), vida (CPF: 26), atención (CPF: 20), nacimiento (CPF: 18) y fisiológico (CPF: 16). Del lado derecho, en relación con los grupos de mujeres puérperas, primíparas (CPF: 11) y múltiparas (CPF: 56), no hubo ninguna palabra con significancia.

También sobre el estímulo parto, en el eje F2 (vertical), en el cuadrante superior, relacionado a los grupos de profesionales, técnicos en enfermería y médicos, y a las mujeres puérperas, representadas por escuela primaria completa, las principales palabras evocadas fueron: sueño (CPF: 36), sorpresa (CPF: 25) y preocupación (CPF: 15), mientras que en el cuadrante inferior encontramos la palabra cuidado (CPF: 69) como la más representativa, ligada a las enfermeras profesionales y a las mujeres puérperas.

En el estímulo dos, cuidados/cuidar al momento del parto, en el eje F1 (lado izquierdo), las palabras representativas fueron las siguientes: auscultar (CPF: 69), calma (CPF: 30) y seguridad (CPF: 29), evocadas por los médicos y las enfermeras profesionales, además de las personas con escuela primaria incompleta, mientras que del lado derecho encontramos la palabra bueno (CPF: 17), representada por el grupo de mujeres puérperas con escuela primaria completa e incompleta.

Continuando con la descripción del estímulo dos, en el eje F2 (extremo superior) encontramos las siguientes evocaciones: oír (CPF: 73), informar comportamientos (CPF: 63), ejercicio (CPF: 37) y empatía (CPF: 20), evocadas por los técnicos en Enfermería, los médicos y las mujeres puérperas con escuela primaria completa y, en el extremo inferior, monitoreo (CPF: 68) y responsabilidad (CPF: 18), evocadas por las enfermeras.

En relación con el estímulo tres, maltrato durante el parto, en el eje F1 (lado izquierdo), las principales evocaciones de los grupos de profesionales de la salud fueron las siguientes: violencia verbal (CPF: 33), violencia obstétrica (CPF: 24), incompetencia (CPF: 18) procedimientos innecesarios (CPF: 17), falta de respeto (CPF: 17) y episiotomía (CPF: 17). En el extremo derecho del gráfico, representado por las mujeres puérperas, no vemos ninguna evocación.

Para el estímulo tres, en el eje F2 (extremo superior), las evocaciones más significativas fueron las siguientes: negarse a brindar información (CPF: 38), llanto (CPF: 34), médico (CPF: 26), pérdida de derechos (CPF: 23), palabras groseras (CPF: 19) y Kristeller (CPF: 10), evocadas por los técnicos en Enfermería y por las personas con escuela primaria completa. No hay ninguna evocación significativa en el cuadrante inferior.

Por lo tanto, se hizo evidente que cada grupo de participantes de la investigación posee una representación propia acerca de cada estímulo inductor, reafirmando la relevancia de las experiencias de vida en la formación de las representaciones sociales.

DISCUSIÓN

Los partos abdominales mal indicados o realizados por motivos que no sean el bienestar materno y fetal son un componente de la violencia obstétrica. Muchas cesáreas de rutina, programadas según la comodidad de pacientes y profesionales, tienen desenlaces indeseados, desconsiderándose las evidencias científicas y las reales necesidades de salud de las personas atendidas⁽⁸⁾.

Según la investigación Nacer no Brasil (Nacer en Brasil), la opción de las mujeres por el parto abdominal, incluso en situaciones en las que no hay riesgo materno o fetal, es más frecuente en mujeres de mejor condición económica. Esa opción se asocia a una evaluación de un buen estándar de atención, constituyendo un motivo para el aumento en

la cantidad de partos por cesárea en el país⁽⁹⁾.

Las representaciones sobre el parto se diferencian de acuerdo con el grupo al cual se relacionan. Así, los médicos perciben el parto como un acto que exige respeto para con las mujeres embarazadas, a su tiempo y a la normalización de los procedimientos que orientan las prácticas profesionales acordes con la humanización de la asistencia, señalando la vinculación de sus acciones al universo reificado, presente en la legislación que rige los estándares de la asistencia durante el parto, sugiriendo una connotación más técnica frente a la atención al parto y al nacimiento.

En cambio, las enfermeras representan el parto como un proceso fisiológico, que forma parte del ámbito femenino, y enfatizan la importancia de la relación interpersonal frente a la atención que se debe brindar a la mujer, en razón del momento vivido y de todos los aspectos inherentes, ya sean positivos o negativos. La sensibilidad de los profesionales permite percibir las necesidades de las mujeres, siendo posible, a partir de dicha percepción, fomentar un ambiente de interacción propicio al establecimiento de relaciones basadas en confianza mutua.

Teniendo en cuenta los elementos a los cuales las enfermeras vinculan el parto, podemos percibir que el parto representa naturalidad, y tal vez por ello hacen menos uso de intervenciones durante la asistencia en el parto. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁰⁾ presuponen que, si el parto ocurre normalmente y hay buenas condiciones maternas y fetales, no se necesitan intervenciones adicionales para acelerar el proceso.

Frente a esta percepción, la participación de enfermeras especializadas en Obstetricia en la asistencia durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio está directamente ligada a la calificación de la atención brindada. Se destaca la reducción en la cantidad de intervenciones innecesarias, en consonancia con el movimiento de humanización de la asistencia prestada al binomio madre-hijo en el ciclo de embarazo y puerperio⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Esta mentalidad fortalece los movimientos que procuran una asistencia basada en las necesidades de las mujeres, enfocándose en la fisiología del parto y en el protagonismo y la autonomía de las mujeres. Por lo tanto, se extiende más allá de los aspectos biológicos, manteniendo el enfoque en la subjetividad, que se hace necesaria en el trato con seres humanos, especialmente en un momento cargado de importancia y simbolismo como el parto⁽¹⁴⁾.

La evocación como sueño remite a la idealización de la maternidad por las mujeres, exponiendo la posibilidad de engendrar un hijo como una meta de vida a cumplirse para alcanzar la plenitud de ser mujer. Además, permite percibir la felicidad debida a dicho estado, mientras la palabra sorpresa señala embarazo no planificado, pero aceptado positivamente.

La palabra preocupación apunta hacia la cristalización de las dificultades y los miedos involucrados en el proceso del nacimiento, no solamente en el dominio biológico o fisiológico, sino también en las relaciones establecidas entre pacientes y profesionales. Muchas veces el desenlace del parto es diferente del planificado y de las expectativas de la mujer, ya sea por la atención brindada en las unidades hospitalarias, por la vía de parto distinta de la ideada o por cuestiones logísticas de los servicios de salud.

En cuanto a la decisión sobre la vía de parto, diversos estudios señalan que, al iniciar la atención prenatal, la mayor parte de las mujeres embarazadas prefiere el parto vaginal pero, en el curso del embarazo, una suma de factores promueve un cambio en su postura. Entre esos factores, se menciona la presión que el médico prenatalista ejerce sobre la mujer, causando miedo a posibles complicaciones del parto vaginal, derivadas del tamaño del bebé, de la pelvis estrecha y del cordón umbilical enredado, reafirmando el ideario consensual y erróneo de mayor seguridad del parto abdominal⁽⁸⁾.

La incapacidad de los profesionales que participan durante el parto también es un factor relevante, puesto que las mujeres vinculan el parto vaginal a la posibilidad de ser sujetas a maltrato durante la internación. Además, se destaca el temor de no poder retomar la vida sexual después del parto vaginal⁽⁸⁾.

En el extremo más cercano relacionado a las personas con nivel de estudios más bajo, es decir, mujeres puérperas con escuela primaria incompleta/completa, se percibió que el parto está vinculado al cuidado. Esa evocación hace referencia a la necesidad de que las parturientas se sientan cuidadas durante el parto. Para ellas, el cuidado, o sentirse bien cuidadas, se percibió preferentemente desde la perspectiva de los gestos de los profesionales dirigidos hacia ellas, y no de la realización de procedimientos, enfatizando el valor atribuido a la relación interpersonal.

En esta acepción de la palabra, cuidado es una expresión de humanidad, que incluye valores convergentes hacia la paz, la libertad, el respeto y el amor. El cuidado es esencial para el desarrollo de los seres humanos y sus formas de relacionarse con sus pares y con el mundo que los rodea, y debe ser fomentado⁽¹⁵⁾.

Los grupos de profesionales vinculan los cuidados durante el parto a los aspectos técnicos de la atención, como se puede percibir por la relación entre la palabra auscultar y ese estímulo. En ese sentido, se denota la predominancia del universo reificado, con fuerte influencia de aspectos normativos en los modos de pensar el cuidado.

Por el uso de los términos calma y seguridad, percibimos una referencia a la postura que deben asumir los profesionales, poniendo en práctica la capacidad de establecer vínculos con las parturientas, proporcionando seguridad y transmitiendo calma al constatar que los parámetros evaluados en el monitoreo del binomio madre-hijo siguen adecuados al estándar. Entre los aspectos presentes en el monitoreo de los parámetros materno-infantiles, que incluyen signos vitales maternos, examen obstétrico y monitoreo de los latidos cardíacos, los profesionales enfatizaron este último.

La auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal es una técnica que permite evaluar el ritmo cardíaco durante breves períodos de tiempo, con evaluación y registro manual de su patrón. De esa manera, el monitoreo fetal intraparto tiene por objetivo evitar lesiones relacionadas a hipoxia fetal y la realización de intervenciones innecesarias que pueden ocasionar morbilidad materno-fetal^(14,16).

Las mujeres puérperas vinculan los cuidados durante el parto a algo benéfico, que les gustaría recibir. Aquí, la palabra bueno también se relaciona al cuidado recibido, evaluado como positivo por la mayoría de las mujeres, aunque muchas veces hayan enfrentado situaciones que no eran las ideales, en términos cualitativos de la atención.

Los técnicos en Enfermería relacionan los cuidados durante el parto a oír las quejas y necesidades específicas de cada mujer, valorando sus sentimientos y creencias, además de informar las acciones que se realizarán, explicando su necesidad. En esa significación, la relación interpersonal posee gran valor, en el momento en el que el plan de cuidados pasa a ser individualizado, procurando contemplar aspectos peculiares de cada mujer, dentro del contexto del parto.

Se percibe que los profesionales de nivel superior, especialmente las enfermeras, relacionan el maltrato durante el parto a actitudes violentas en forma amplia, partiendo por la violencia verbal, expresada por palabras groseras y censura a las parturientas. Representado por actitudes que, muchas veces, interfieren en la autonomía de las mujeres en lo que respecta a cubrir sus necesidades básicas, como caminar, alimentarse e ingerir líquidos, incluso la realización de procedimientos innecesarios para la asistencia durante el parto.

Por medio de las evocaciones, se demuestra la presencia de términos técnicos, presentes en el universo reificado. Esos términos adquieren significación a partir de la unión,

a través de los mecanismos de objetivación y vinculación, formando las representaciones sobre los términos, basados en la experiencia individual de los profesionales.

Los profesionales relacionan la realización de prácticas innecesarias con la incompetencia para ofrecer una asistencia menos intervencionista. Visto que existen directrices elaboradas por órganos competentes, deben guiar las actitudes de los profesionales de modo de minimizar los daños, promoviendo una mejora en la calidad de la asistencia, aumento en los índices maternoinfantiles y, consecuentemente, satisfacción de las parturientas y de la comunidad.

En este sentido, la OMS señala que el objetivo de la asistencia durante el parto es permitir el nacimiento de un niño sano, con repercusiones positivas para la madre. De este modo, la asistencia debe darse con el mínimo posible de intervención, basada en asistencia maternoinfantil calificada y humanizada, pautada en el rescate y la valoración de la fisiología del parto, que alcance un equilibrio entre los diferentes tipos de tecnología, blanda, blanda-dura o dura, respetando los derechos de ciudadanía⁽³⁾.

En esa cuestión, se refieren a la negación de brindar información, un derecho esencial de las parturientas de conocer sus patologías reales o el estado de salud de sus hijos. Forma parte de las recomendaciones del Ministerio de la Salud solicitar el permiso de las pacientes antes de realizar cualquier procedimiento, siendo ellas el centro de la atención y no las tecnologías a llevarse a cabo, al igual que brindar información sobre los resultados de los procedimientos realizados⁽¹⁷⁾.

Las personas con nivel medio de estudios, aquí incluida la mayoría de las mujeres puérperas y profesionales de salud de nivel técnico, por su menor acceso al universo reificado, representan la violencia obstétrica a partir de la experiencia personal, vivida por ellas mismas o compartidas por otras mujeres. Estas personas perciben la violencia obstétrica en actitudes comunes en las maternidades, como no informar a las parturientas sobre el progreso del trabajo de parto, los riesgos y beneficios de diversas prácticas que se pueden utilizar, señales de alerta y criterios que pueden ser decisivos en la elección de la vía de parto.

Desde la perspectiva de los profesionales, la realización de procedimientos sin la previa comunicación/consentimiento de las mujeres, vivida en el cotidiano de su práctica, está vinculada a la evocación de falta de respeto. A su vez, la evocación del llanto hace referencia a la manifestación principal declarada por las mujeres frente al maltrato.

Comúnmente, en la asistencia durante el parto, se puede percibir que las mujeres que se sometieron a procedimientos, como cesáreas, no saben informar las razones de haber pasado por un parto quirúrgico; se reafirma el dominio del saber científico sobre el cuerpo femenino y el poder ejercido sobre él por los profesionales de la salud.

El estudio que se llevó adelante tiene limitaciones, ya que presenta las representaciones sociales de una sola región de Brasil, específica de la población estudiada. Por este motivo, se sugiere desarrollar investigaciones en otras regiones del país.

CONCLUSIÓN

La representación social de la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres puérperas y profesionales de la salud se hace evidente de distintas maneras. Los profesionales de salud perciben la violencia obstétrica desde el punto de vista técnico, asociándola a las fallas técnicas en la ejecución del trabajo, como la realización de procedimientos sin evidencias científicas. En cambio, las mujeres puérperas representan la violencia obstétrica como la pérdida de sus derechos y en el trato grosero y trivial que suelen recibir.

El presente estudio contribuyó con los debates acerca de la Política Nacional de Humanización de la Asistencia, contextualizando la importancia de la recepción, de las orientaciones y de la valoración de los sentimientos y las decisiones de la mujer ya sea durante la atención prenatal, en el parto o en el postparto, posibilitando reflexiones acerca de la actuación profesional, desde la perspectiva del cambio de paradigmas de la asistencia obstétrica.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Coordinación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiación 001, por su apoyo para llevar adelante este trabajo.

REFERENCIAS

1. Brito CMC de, Oliveira ACG de A, Costa APC de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do poder judiciário brasileiro. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 2020 [accessed 20 jul 2020]; 9(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.
2. Teixeira P da C, Antunes LS, Duamarde LT de L, Velloso V, Faria GPG, Oliveira T da S. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Nursing (São Paulo)*. [Internet]. 2020 [accessed 20 jul 2020]; 23(261). Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/261/pg52.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. 106 p.
4. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: *As representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da UERJ; 2001.
5. Moscovici, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
6. Coutinho M da P de L, Bú E do. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software TRI-DEUX-MOTS (Version 5.2). *Rev. Campo do Saber*. [Internet]. 2017 [accessed 20 jul 2020]; 3(1). Available from: <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>.
7. Coutinho MPL, Nóbrega SM, Araújo LS. Software Trideux: uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: *Coutinho MPL, Albuquerque ERS (Orgs.). Métodos de Pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: EDUFPB, 2011.
8. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da Saúde Coletiva. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2016 [accessed 20 jul 2020]; 22(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>.
9. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [accessed 20 jul 2020]; 30(Suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
10. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, Switzerland: WHO; 2018.
11. Amaral R da CS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA da, Marchiori GRS. The insertion of the

nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2019 [accessed 20 jul 2020]; 23(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0218>.

12. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa AC de P, Martins DP. Humanized care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2016 [accessed 20 jul 2020]; 69(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>.

13. Sousa AMM, Souza KV de, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2016 [accessed 20 jul 2020]; 20(2). Available from: https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf.

14. Ministério da Saúde (BR). Você sabe o que é violência obstétrica? Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde; 2016.

15. Waldow VR. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

16. Santo S. Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. Acta obstét. ginecol. port. [Internet]. 2016 [accessed 20 jul 2020]; 10(1). Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100002&lng=pt.

17. Ministério da Saúde (BR). Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. 381 p.

*Artículo extraído de la disertación del Curso de Maestría de título "Representaciones sociales de mujeres púerperas y profesionales de la salud sobre violencia obstétrica". Universidade Estadual do Ceará, 2019.

Recibido en: 25/07/2020

Aprobado en: 20/07/2021

Editor asociado: Tatiane Herreira Trigueiro

Autor correspondiente:

Antonia de Maria Gomes Paiva

Unidade Básica de Saúde Flores – Ipu, CE, Brasil

E-mail: dymarry@yahoo.com.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Paiva A de MG, Pereira AMM, Dantas SL da C, Rodrigues ARM, Silva FWO da, Rodrigues DP; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Paiva A de MG, Pereira AMM, Dantas SL da C, Rodrigues ARM, Silva FWO da, Rodrigues DP; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Paiva A de MG, Pereira AMM, Dantas SL da C, Rodrigues ARM, Silva FWO da, Rodrigues DP. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).