



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PAULINE CUREAU MIECHUANSKI

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REALIDADE NEGLIGENCIADA

Palhoça

2021

PAULINE CUREAU MIECHUANSKI

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REALIDADE NEGLIGENCIADA

LINHA DE PESQUISA: INVESTIGAÇÃO DE AGRAVOS CRÔNICOS À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde para obtenção do título de
Mestra em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Jefferson Luiz Traebert, Dr.

Palhoça

2021

M57 Miechuanski, Pauline Cureau, 1990 -
 Violência obstétrica: uma realidade negligenciada / Pauline Cureau
 Miechuanski. – 2021.
 41 f. : il. ; 30 cm

 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-
 graduação em Ciências da Saúde.
 Orientação: Prof. Jefferson Luiz Traebert

 1. Obstetrícia. 2. Parto. 3. Violência obstétrica. 4. Abuso. 5.
 Percepção. I. Traebert, Jefferson Luiz. II. Universidade do Sul de Santa
 Catarina. III. Título.

 CDD (21. ed.) 618.4



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Violência obstétrica: uma realidade negligenciada

PAULINE CUREAU MIECHUANSKI

AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 05 de abril de 2021.

Doutor Jefferson Luiz Traebert (Orientador)

Doutora Dulcinéia Ghizoni Schneider (Avaliador externo – UFSC) – *presente por videoconferência*

Doutor Daisson José Trevisol (Avaliador interno) – *presente por videoconferência*

Professora Doutora Fabiana Schuelter Trevisol

**COORDENADORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL**

- **Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina, Sede, Reitoria** - Av. José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
- **Unisul Região Sul**
 - **Campus Tubarão** - Avenida José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon, Caixa Postal 370 - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
 - **Campus Araranguá** - Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Bairro Unussanguinha - 88905-355, Araranguá, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3521-3000
 - **Campus Braço do Norte** - Rodovia SC 370, 1023, Rio Bonito - 88750-000, Braço do Norte, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3621-3925
 - **Campus Içara** - Rua Linha Três Ribeirões, Loteamento Centenário, 250, Bairro Liri - 88820-000, Içara, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3621-3460
- **Unisul Região Grande Florianópolis**
 - **Campus Pedra Branca** - Avenida Pedra Branca, 25, Cidade Universitária Pedra Branca, 88137-270, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1000
 - **Campus Florianópolis** - Rua Dlb Mussi, 366, Centro - 88015-110, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
 - Rua Trajano, 219, Centro - 88010-010, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
- **Campus UnisulVirtual** - Av. Pedra Branca, 25 - Cidade Universitária Pedra Branca - 88137-900, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1200

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as mulheres, de todas as culturas, procedências, cores, raças, etnias, religiões, classes sociais e aparências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo o apoio prestado, mesmo a distância, em mais uma etapa da minha vida. Vivenciamos um momento desafiador, em que o profissional da saúde vive na ambiguidade do distanciamento social de familiares e amigos e a convivência intensa com colegas de trabalho no meio do caos, no qual a carência afetiva e o excesso de trabalho se tornam um obstáculo ao estímulo na realização dos trabalhos. Seja com palavras de incentivo, orações, oferecimento de suporte de todas as formas, minha mãe Denize, meu pai Lauro, meu padrasto Antônio, minha madrasta Maheli, minha sogra Rosangela e meu sogro Loris muito obrigada!

Ao meu parceiro de vida, Mateus, meu agradecimento e amor pela compreensão durante momentos de ausência e estresse, e por todo o cuidado prestado. Obrigada por me estimular sempre e nunca impor obstáculos para a realização dos meus sonhos.

A todos os meus amigos e colegas, em especial à Thatyane, meu agradecimento pelas trocas de plantões, pela compreensão e encorajamento que tornaram possível a realização desse trabalho.

Por fim e não menos importante, agradeço ao meu orientador Jefferson Traebert que aceitou a proposta de me guiar nessa pesquisa. Obrigada pela compreensão nos momentos em que não foi possível atingir as expectativas, pela paciência, pelo ensino e conhecimento compartilhado.

“Foi o melhor dos tempos, foi o pior dos tempos, foi a era da sabedoria, foi a era das idiotices, foi a época das crenças, foi a época das incredulidades, foi a estação da luz, foi a estação da escuridão, foi a primavera da esperança, foi o inverno do desespero.”

Charles Dickens, A Tale of Two Cities

RESUMO

Introdução: O fenômeno da violência obstétrica não tem um conceito único e na maioria dos países não é definido em termos legais, dificultando seu reconhecimento e prevenção. Essa forma de violência pode ser ativa ou passiva, relacionada a comportamento de indivíduos ou às condições do sistema de saúde. Estratégias alternativas esbarram no modelo de atenção predominante, focado no médico, no uso rotineiro de intervenções e desvalorização de aspectos psicossociais do parto.

Objetivo: Identificar o construto da violência obstétrica bem como seus fatores influenciadores e protetores.

Métodos: Revisão sistemática da literatura relatando fatores qualificados como violência obstétrica, abuso ou desrespeito à mulher no momento do parto, bem como aspectos que levam à satisfação com o parto e outras percepções a respeito do momento. Foi realizada uma metassummarização e metassíntese qualitativa dos resultados.

Resultados: Foram selecionados 161 artigos. Desses, 75% foram publicados entre os anos de 2016-2020 e apresentaram uma distribuição global com maiores índices de pesquisas na América do Sul, América Central e Caribe (29%) e África (25%). O termo mais frequente descrevendo o fenômeno foi “violência obstétrica” (33%). Descrevem-se aqui os subtipos componentes do evento e os fatores protetores para sua ocorrência encontrados na literatura. Abuso físico, cuidado não consentido e cuidado não digno foram os fatores descritos com maior frequência.

Conclusão: A violência obstétrica tem sido negligenciada mesmo que amplamente difundida, resultando em sérios entraves na saúde pública. A conscientização da existência do fenômeno e todos os seus fatores ocasionadores e influenciadores por parte da equipe profissional, gestores e políticos pode ser o início de ações com o fim de aprimorar a assistência obstétrica em todo o mundo. Ações que transmitam orientações às pacientes e seus familiares podem melhorar o vínculo entre aqueles que exercem a obstetrícia e a população assistida.

Descritores: Parto. Obstetrícia. Violência. Abuso. Percepção.

ABSTRACT

Introduction: The obstetric violence phenomenon doesn't show a unique concept, and, in most countries, it is not defined in legal terms, what makes difficult its recognition and prevention. This form of violence can be active or passive, related to individual's behavior or health system conditions. Alternative strategies come up against the predominant attention model, focused on the physician, on routine use of interventions and the undervalue of the psychosocial aspects of the birth.

Objective: To identify the construct of obstetric violence and its influencer and protector factors.

Methods: Systematic review of literature reporting factors qualified as obstetric violence, abuse or disrespect to women in childbirth, as well as the driving aspects to birth satisfaction and others perceptions towards the moment. Meta-summarization and meta-synthesis were built.

Results: 161 studies were selected. Among these, 75% were published between the years of 2016-2020 and presented a global distribution, with higher rates of research in South America, Central America and Caribe (29%) and Africa (25%). The most frequent term describing the phenomenon was "obstetric violence" (33%). The subtypes components of the event and the protective factors for its occurrence found in the literature were described in this work. Physical abuse, non-consented care and non-dignified care were the factors most frequently described.

Conclusion: Obstetric violence has been neglected even though it is widespread, resulting in serious obstacles to public health. The awareness of the existence of the phenomenon and all its causing and influencing factors by the professional team, managers and politicians can be the beginning of actions in order to improve obstetric care worldwide. Actions that transmit guidelines to patients and their families can improve the bond between those who practice obstetrics and the assisted population.

Keywords: Birth. Obstetric. Violence. Abuse. Perceptions.

LISTAS

Lista de abreviaturas

BDENF - Banco de Dados de Enfermagem

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

EUA - Estados Unidos da América

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina

TLTL – *Too Little, Too Late*

TMTL – *Too Much, Too Soon*

TRAction - *Translating Research into Action Project*

USAID - *United States Agency for International Development*

Lista de figuras

Figura 1. Potenciais contribuintes e o impacto do desrespeito e abuso no parto para utilização no atendimento	17
Figura 2: Fluxograma das diferentes fases do desenvolvimento de uma revisão sistemática.....	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1.1 Violência obstétrica	15
1.1.1.1 <i>Translating Research into Action Project</i>	16
1.1.1.1.1 <i>Abuso físico</i>	17
1.1.1.1.2 <i>Cuidado não consentido</i>	18
1.1.1.1.3 <i>Cuidado não confidencial</i>	18
1.1.1.1.4 <i>Cuidado não digno</i>	18
1.1.1.1.5 <i>Discriminação baseada em características específicas de pacientes</i>	19
1.1.1.1.6 <i>Abandono de cuidado</i>	19
1.1.1.1.7 <i>Retenção nas unidades</i>	20
1.1.1.2 Outros fatores	20
1.1.2 Estudos quantitativos	22
1.1.3 Instrumentos de pesquisa	24
1.1.4 Legislação	24
2. OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. MÉTODOS	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27

3.2 BASE DE DADOS	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
3.5 COLETA DE DADOS	28
3.5.1 Estratégia de busca	28
3.5.2 Processo de coleta de dados	28
3.5.3 Desfechos	30
3.5.3.1 Desfecho primário	30
3.5.3.2 Desfecho secundário	30
3.5.4 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	30
3.6 VARIÁVEIS	30
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
4. ARTIGO	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
ANEXO	41
<i>ANEXO A – Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis.....</i>	<i>41</i>

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno da “violência obstétrica” não tem um conceito único e nem é definido em termos legais, devido a falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das gestantes brasileiras, mesmo em gestações de risco habitual, é submetida¹. Dessa forma, seus direitos e autonomia são minimizados e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada².

Em uma recente revisão sistemática, foram identificadas terminologias que vão além da violência obstétrica, como “cuidados desumanizados” e “desrespeito e abuso”. Para descrever esse fenômeno, sugeriu-se, dessa forma, a utilização do termo “maus-tratos à mulher” como um amplo e mais inclusivo conceito, que compreende melhor a variedade de experiências que mulheres e cuidadores descrevem na literatura³.

Embora a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) tenha emitido uma nota de repúdio ao termo “violência obstétrica”, com a justificativa de que a expressão tenta aviltar a imagem do médico obstetra⁴, o Ministério da Saúde (MS) recentemente, reconheceu o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências em situações de atenção ao parto e nascimento. Situações que configurem maus tratos, desrespeito, abuso e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema, poderiam ser caracterizadas como violência obstétrica⁵.

A experiência de maus-tratos à gestante pode ser ativa (como abuso físico intencional ou deliberado) ou passiva (como uma negligência não intencional devido a entraves profissionais ou superlotação das unidades de saúde), relacionada a comportamento de indivíduos (abuso verbal por profissionais de saúde contra a mulher) ou às condições do sistema de saúde (como falta de leitos, comprometendo privacidade e confidencialidade)³. Como exemplos, incluem-se falta de atenção às emergências obstétricas, nascimento na posição de litotomia, separação da mãe e criança após o parto sem necessidade, e aceleração na indução/condução do trabalho de parto ou cesariana sem o consentimento da paciente⁶.

Diversas estratégias com objetivo de mudança desse cenário ainda esbarram no modelo de atenção predominante, que está focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na escassa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento². Os maus-tratos à mulher durante o parto não se constitui apenas no âmbito de qualidade de cuidados, mas ainda é demonstrativo de maiores violações aos direitos humanos. Cada mulher tem o direito ao melhor padrão de saúde atingível, o qual inclui o direito a um digno e respeitoso cuidado à saúde durante a gestação e parto, assim como o direito de ser livre da violência e discriminação. Maus-tratos, negligência, abuso ou desrespeito durante o parto podem equivaler a uma violação aos direitos humanos fundamentais da mulher⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) solicita melhor suporte de governantes e colaboradores, desenvolvimento de pesquisas e combate ao desrespeito e abuso contra a mulher. Orienta o início, suporte e manutenção de programas designados a melhorar a qualidade dos cuidados à saúde materna, com importante foco no cuidado respeitoso como componente essencial na qualidade do cuidado. Estimula ainda, os Estados a gerar dados relacionados às práticas de cuidados desrespeitosos, bem como, de bom zelo à saúde. Incentiva envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços de melhorar a qualidade do cuidado e eliminar práticas abusivas e desrespeitosas⁸.

Segundo a OMS e as Nações Unidas, a mulher tem o direito de “ser igual em dignidade, ser livre para procurar, receber e transmitir informação, ser livre de discriminação e aproveitar o melhor padrão atingível de saúde mental e física, incluindo a saúde sexual e reprodutiva”^{7,8}. Mostra-se necessária a promoção de saúde mais adequada tanto para as usuárias como para os profissionais, em que os procedimentos sejam regularizados, claros e organizados e propiciem um ambiente mais seguro no atendimento ao parto².

Um assunto tão amplo, que apresenta entraves relacionados com a saúde pública em todos os seus âmbitos e retrata experiências de uma população em um momento delicado e significativo de sua vida, baseia-se majoritariamente, em relatos subjetivos, auto percepções e questionários não validados, pois não há formas validadas de quantificar ou, até mesmo, identificar a violência obstétrica em todos os seus âmbitos. Essa falta de instrumentos pode decorrer da conceituação relativamente recente, ainda não bem definida pela dificuldade de se estruturar itens de um construto tão amplo e diverso entre populações e contextos socioculturais. Em

pleno século XXI, com toda a evolução histórica do respeito aos direitos humanos, mostra-se inadmissível a ocorrência de eventos como esse.

Dessa forma, essa pesquisa justifica-se pela oportunidade de identificar e compreender o construto da violência obstétrica e todos os seus âmbitos, componentes e fatores associados, de modo a identificar situações que caracterizam o fenômeno, a presença de abuso, desrespeito e maus-tratos, bem como auxiliar os profissionais, governo e instituições de saúde a melhorar o atendimento e suporte às maternidades de modo a reduzir o evento. A compreensão das expectativas das mulheres com a experiência do parto também pode contribuir para a melhoria da assistência a essa população. Portanto, pergunta-se: Qual é o construto da violência obstétrica e seus fatores associados? Pretende-se, assim, proceder a uma revisão sistemática da literatura para identificação do construto da violência obstétrica, fatores associados ao fenômeno, bem como as percepções positivas de cuidado no processo do parto.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Violência obstétrica

Embora maus-tratos com mulheres no parto em ambientes hospitalares têm recebido aumento da atenção global, pesquisadores não têm concordado em uma única definição para o evento ou a melhor maneira de mensurá-lo. Muitas definições de maus-tratos usadas em pesquisas existentes vêm de três conceitos: “desrespeito e abuso”, “maus-tratos com mulheres durante um parto hospitalar”, e “violência obstétrica”. Embora esses conceitos tenham distintas definições e sistemas para classificar diferentes formas de maus-tratos, todos os três realçam a conexão entre maus-tratos e outras formas de violência de gênero, a medicalização dos processos naturais do parto, as desigualdades de gênero e a ameaça aos direitos das mulheres e sua saúde⁹.

A violência obstétrica pode acarretar diversos transtornos da vida da mulher, não só física, como também levar ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, o qual se mostra escassamente reconhecido. Mulheres que vivenciaram altos níveis de intervenções obstétricas e insatisfação com o cuidado no parto com maior frequência desenvolveram sintomas traumáticos e depressão pós-parto^{10,11}.

A OMS, recentemente, desenvolveu ferramentas com uma nova tipologia para classificar os maus-tratos baseados em resultados de uma extensa revisão sistemática de literatura, o qual marca a primeira intenção de padronizar a mensuração dos maus-tratos em diferentes cenários pelo mundo^{3,12}. Embora a OMS esteja conduzindo pesquisas em Gana, Guiné, Nigéria e Mianmar para informar o desenho de uma ferramenta de observação direta e um instrumento de pesquisa o qual será testado na segunda fase¹², pesquisadores ainda não chegaram a um consenso¹².

1.1.1.1 *Translating Research into Action Project*

Em 2010, como parte do projeto *Translating Research into Action Project* (TRAction) da *United States Agency for International Development* (USAID), os pesquisadores Bowser e Hill publicaram uma análise de cenário que sintetiza a pesquisa existente sobre “desrespeito e abuso durante o parto em ambientes hospitalares”, uma das primeiras revisões sobre o tópico. O artigo propôs sete categorias para organizar as variadas formas de desrespeito e abuso documentados em estudos prévios: (1) abuso físico, (2) cuidado não consentido, (3) cuidado não confidencial, (4) cuidado não digno (incluindo abuso verbal), (5) discriminação baseada em características específicas de pacientes, (6) abandono de cuidado e (7) retenção nas unidades¹³.

A metodologia do trabalho deu-se a partir de revisão na literatura, entrevistas em profundidade com nove profissionais da área e uma discussão estruturada em grupo com o tópico “desrespeito e abuso durante o parto em ambientes hospitalares”, entre outros. Fontes de evidência foram adquiridas de diferentes disciplinas incluindo obstetrícia, enfermagem, medicina, antropologia, sistemas de saúde, políticas de saúde e direitos humanos¹³.

Para tanto, foram utilizadas publicações em jornais, artigos, documentos, livros, bem como políticas relevantes, legislação, e pesquisas sobre demografias nacionais e saúde publicadas por governos, organizações ou indivíduos sobre o tópico em questão. Muitos termos de pesquisa foram usados, incluindo cuidado abusivo, cuidado desrespeitoso, nascimento digno, comportamento no cuidado, parto humanizado, discriminação durante o parto, estigma, retenção, negligência, responsabilidade, direitos humanos e parto, profissionais da saúde por mudança,

empoderamento, sistemas de saúde e parto, qualidade de cuidado, barreiras para tratamento de emergências obstétricas e percepção de cuidados maternos pelas mulheres. Os relatos documentados foram realizados em mais de 18 países da África, América do Sul, América do Norte e Ásia¹³.

Um esquema pré-relatório de potenciais causadores do cuidado materno abusivo foi elaborado a partir dos dados coletados para resumir as categorias identificadas sobre o assunto (Figura 1). O organograma foi usado para organizar as seções do relatório em categorias e potenciais contribuintes para o desrespeito e abuso durante o parto em ambientes hospitalares¹³.



Figura 1: Potenciais contribuintes e o impacto do desrespeito e abuso no parto para utilização no atendimento.

Fonte: Adaptado de Bowser e Hill, 2010¹³.

1.1.1.1.1 Abuso físico

Há numerosos relatos de abuso físico durante o parto em estabelecimentos de saúde pelo mundo. Mulheres agredidas, amarradas e beliscadas durante o trabalho

de parto foram reportadas em países da África, Peru, entre outros¹⁴⁻²⁰. Outros relatos como profissionais empurrando o abdome das mulheres em tentativa de forçar nascimento (manobra de Kristeller), bem como uso de força excessiva no processo, foram identificados. Abuso físico também tem sido descrito devido a extensivas episiotomias (algumas vezes para ganho financeiro) e suturas de lacerações vaginais bem como episiorrafias sem o uso de anestesia²¹.

1.1.1.1.2 Cuidado não consentido

Em várias instituições, evidenciam-se falhas nos processos de informação à paciente ou consentimento informado para procedimentos comuns durante o parto, em muitos cenários (por exemplo cesarianas, episiotomias, histerectomias, transfusões sanguíneas, esterilização, ou aceleração do trabalho de parto)^{13,19}.

1.1.1.1.3 Cuidado não confidencial

Um tema recorrente na literatura e informação de especialistas é a falta de privacidade e confidencialidade para muitas mulheres que parem em ambientes hospitalares. A falta de privacidade relaciona-se tanto com situações onde mulheres frequentemente estão em trabalho de parto e tem o nascimento em visão pública (sem barreiras de privacidade), como divulgação de informações sensíveis dos pacientes, como portar o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana), idade, estado conjugal, histórico médico, entre outros. O cuidado não confidencial mostra-se um problema especialmente importante em ambientes com alta prevalência de HIV, onde a falta de respeito com a confidencialidade do estado de saúde da mulher pode aumentar a discriminação da mesma nas instalações de saúde e sua comunidade¹³.

1.1.1.1.4 Cuidado não digno

Cuidado não digno durante o parto é descrito na literatura como humilhação intencional, ato de culpar, tratamento rude, repreensão, grito, divulgação de informação privada da paciente e percepções negativas de cuidado^{17-20,22}. Como exemplo, em Guiné há relatos de mulheres sendo tratadas com gritos rudes por não concordar com procedimentos que estavam sendo submetidas¹⁷.

É importante notar que a descrição da mulher sobre o cuidado não digno pode ser em contexto muito específico. Dessa forma, exemplos de um país pode não ser relevante em outros. Por exemplo, um contato ocular, um sorriso, um aperto de mão de um servidor masculino em uma cultura podem ser percebidos como desrespeito em lugares com tradições diferentes¹³.

As atitudes dos profissionais da saúde e suas interações com as pacientes podem influenciar na experiência traumática do parto. Mostra-se evidente a necessidade do desenvolvimento do serviço obstétrico para reforçar um paradigma e estruturas que priorizem tanto as necessidades físicas quanto emocionais das mulheres²³. Algumas dessas ações seriam o treinamento e suporte dos profissionais atuantes na área²⁴⁻²⁵.

1.1.1.1.5 Discriminação baseada em características específicas de pacientes

Há muitos exemplos de discriminação durante o parto baseados em etnia, idade, idioma, soropositividade para HIV, crenças e preferências, *status* econômico e nível educacional^{13,18,20}.

Alguns pesquisadores na área da sociologia, antropologia e filosofia caracterizam a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, direcionada à mulher pelo próprio fato de ser mulher. Sentimentos de opressão, menosprezo e infantilização tanto física quanto emocional, pelo comportamento patriarca e hegemônico de alguns profissionais da saúde, têm sido reportados pelas vítimas²⁶⁻²⁷.

A violência obstétrica parece cruzar com sistemas de poder e opressão, ligadas não só ao gênero, mas ainda a inequidades sociais, linguísticas e culturais. Mulheres raramente reportam esses eventos a autoridades legais ou institucionais²⁸.

1.1.1.1.6 Abandono de cuidado

Exemplos de abandono descritos incluem mulheres deixadas sozinhas durante o trabalho de parto e parto, bem como falha de monitoramento das mulheres pelos profissionais e falta de intervenção em situações de ameaça à vida¹³. Há relatos em diversos países de mulheres negligenciadas durante o trabalho de parto, parindo no chão e sem assistência especializada dentro do ambiente hospitalar^{17,19-20}.

1.1.1.1.7 Retenção nas unidades

Retenção das mulheres que recém pariram e seus filhos em unidades hospitalares, usualmente devido a falta de pagamento, tem sido descrito em vários países, incluindo Kênia, Gana, Zimbabue, Peru, Burundi e Estados Unidos da América (EUA)^{13,18}.

Uma mulher em Burundi relatou que, no período em que foi detida, não teve permissão para sair com o recém-nascido, estava frequentemente com fome e não podia suportar a situação por muito tempo²². Detenções no Quênia têm sido reportadas, incluindo aquelas que seus filhos foram à óbito, por abandono de seus familiares^{16,20}. Nos EUA, há relatos de mortes de mulheres enquanto estavam detidas em estabelecimento de imigração²⁹.

1.1.1.2 Outros fatores

Desde a publicação do TRAction, essas sete categorias constituíram a base conceitual de vários estudos e foram referenciadas pela OMS em sua declaração sobre a prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto em ambientes hospitalares⁸.

Os direitos universais das mulheres grávidas da *White Ribbon Alliance's Respectful Maternity Care Charter*³⁰, criado por um grupo financiador de pesquisas e líderes da OMS, USAID, *Family Care International*, *International Confederation of Midwives* e outras organizações internacionais, estabeleceram uma lista de sete direitos que deveriam ser garantidos a todas as mulheres durante a gestação e parto, e direcionou as sete categorias de desrespeito e abuso listadas pelo TRAction¹³. Como exemplo, para prevenir abuso físico contra a mulher durante o parto, esse estatuto declara que a mulher possui o direito a “ser livre de tratamentos danosos e doentios”. Outros direitos listados no estatuto incluem confidencialidade e privacidade, ausência de discriminação, informação e consentimento informado, dignidade e respeito, cuidado oportuno, além de autodeterminação e autonomia³⁰.

Freedman e colaboradores, em sua revisão de 2014, argumentaram que as sete categorias de Bowser e Hill não são suficientemente diferenciadas entre as formas de desrespeito e abuso, que derivam de comportamentos individuais e as

formas que surgem das deficiências dos sistemas de saúde³¹. Esses autores expandiram as sete categorias e criaram uma nova estrutura que conecta o individual, o estrutural e os níveis de política que levam ao desrespeito e abuso, com as percepções das mulheres que usam os serviços de maternidade e normas de provedores de cuidados à saúde. No âmbito dos fatores individuais, são diferenciadas as percepções de desrespeito e abuso dos profissionais de saúde, mulheres e outros indivíduos, mesmo não concordantes entre si. Fatores estruturais deficientes no sistema de saúde, incluindo condições e tratamentos inadequados, são considerados desrespeito e abuso por mulheres e profissionais. Finalmente, políticas conduzidas incluem desvios dos padrões nacionais de boa qualidade de cuidado e desvios dos princípios dos direitos humanos³¹.

Em 2015, a própria OMS também apontou entraves no modelo do TRAction, citando que a falta de definições operacionais das sete categorias de desrespeito e abuso podem limitar padronizações e comparações entre investigações. Buscando construir essas definições operacionais, foi publicada uma revisão sistemática que sintetizou 65 publicações nas línguas inglesa, espanhola, francesa e portuguesa e propuseram um sistema de classificação para “maus-tratos de mulheres no parto em estabelecimentos de saúde”³.

A tipologia baseada em evidência contém sete categorias prevalentes de maus-tratos, com vários grupos de primeira e segunda ordem com amplas categorias: (1) abuso físico, incluindo uso da força e restrição física; (2) abuso sexual; (3) abuso verbal, incluindo linguagem áspera, ameaças e culpa; (4) estigma e discriminação, incluindo as baseadas em características sociodemográficas e condições de saúde; (5) falha para encontrar tratamentos padronizados, incluindo a falta de consentimento informado e confidencialidade, exame físico e procedimentos, e abandono e negligência; (6) relacionamento pobre entre mulheres e cuidadores, incluindo comunicação inefetiva, falta de suporte, e perda de autonomia; (7) entraves nas condições dos sistemas de saúde, incluindo falta de recursos, falhas em políticas de saúde e especificidades culturais da população. Em complemento a essas categorias, foi enfatizado que os maus-tratos podem derivar tanto de ações intencionais como não intencionais de profissionais da saúde, bem como condições dos sistemas de saúde e ambiente hospitalar³.

Ainda, além de todos os fatores já descritos como desrespeito no parto, uma revisão sistemática de 2016 realizada por Miller e colaboradores intitulada *Beyond too*

little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide, do inglês "Além do 'muito pouco e tarde demais' e 'demais e muito cedo': um caminho em direção ao cuidado respeitoso na maternidade e baseado em evidência mundialmente", identificou evidências que sustentam práticas obstétricas antes, durante e depois do parto, bem como as condutas não recomendadas³².

Observou-se que a mortalidade e morbidade materna evitáveis estão associadas com a ausência do acesso oportuno ao cuidado de qualidade, definido como "muito pouco e tarde demais" (TLTL), como exemplo, acesso inadequado aos serviços e recursos, ou a cuidado baseado em evidências - e "demais e muito cedo" (TMTS) - como exemplo, excesso de medicalização no parto³². Embora muitos fatores estruturais afetem a qualidade de cuidado, a aderência a diretrizes baseadas em evidências poderia auxiliar os profissionais da saúde a evitarem o TLTL e TMTS. Concluiu-se que o TLTL ocorre onde se encontram disparidades sociodemográficas, principalmente em países de baixa renda. Já o TMTS é observado com maior frequência em países de alta renda, e está aumentando em todos os lugares, quanto mais mulheres usam ambientes hospitalares para o parto³².

Miller e colaboradores identificam a cesariana como sendo globalmente reconhecida como indicador de cuidados com a saúde materna, como um exemplo tanto de TLTL como de TMTS - com uma grande disparidade de taxas entre e dentro de países, e maiores taxas em serviços privados e com maior riqueza. Observada mais frequentemente em países de média renda, está aumentando na maioria dos países de baixa renda. Embora pesquisadores atribuam parcialmente esse aumento a escassas diretrizes e pouca aderência às já existentes, múltiplos fatores - econômicos, logísticos e culturais - afetam essa taxa³².

1.1.2 Estudos quantitativos

Em 2018, Abuya e colaboradores, no Quênia, aferiram os maus-tratos e cuidados hospitalares durante a admissão hospitalar, o parto e o puerpério imediato. Foram observadas 677 interações entre assistentes-pacientes em 13 instalações de saúde. Durante a admissão, a prevalência de abuso verbal foi de 18%, falta de consentimento informado foi de 59% e falta de privacidade de 67%³³. Com mulheres de maior paridade, foi observado maior frequência de abuso verbal [OR 1,69 (IC 95%

1,03; 2,77)]. Durante o parto, menores níveis de abuso verbal e físico foram notados, entretanto houve maior prevalência de falta de privacidade e práticas higiênicas, com mais de 65% dos relatos. Em instituições com melhor infraestrutura e equipamentos, esses fatores foram observados com menor frequência. Partos noturnos foram associados a menor probabilidade de exame físico e criação de boa relação entre profissionais e pacientes [OR 0,58 (IC 95% 0,41; 0,86)]³³.

No sul da Etiópia se identificou uma presença alarmante de cuidado não respeitoso, contando com até 98% dos atendimentos. A falta de informação e consentimento informado às mulheres foi o mais frequente, com uma prevalência de 92.5%, seguido pelo cuidado não digno (36,7%), abuso físico (29.5%), discriminação (18.1%), cuidado não confidencial (17.1%) e abandono de cuidado (4.3%)³⁴.

Também, uma revisão sistemática realizada na Nigéria identificou que o tipo de abuso mais frequentemente reportado foi o não digno, por ações negativas, pobres e não amigáveis do provedor de cuidado, e a menos frequente foi o abuso físico e retenção nas unidades¹⁸. Esses comportamentos foram influenciados pelo baixo status socioeconômico, falta de educação e empoderamento das mulheres, um pobre cuidado e treinamento do profissional, sistema de saúde pouco estruturado, falta de responsabilização e mecanismo legal de compensação. De modo geral, o comportamento abusivo e desrespeitoso prejudicou a utilização dos estabelecimentos de saúde para o parto e criaram uma distância psicológica entre as mulheres e profissionais da saúde¹⁸.

Dessa forma, a variabilidade dos maus-tratos e qualidade clínica da maternidade, juntamente com o processo do nascimento, sugerem que o sistema de saúde que conduz o comportamento dos assistentes, bem como o ambiente do estabelecimento de saúde, deveria considerar melhoria nos serviços para a redução do evento³³.

Uma revisão sistemática da literatura, a qual analisou estudos desenhados para quantificar o desrespeito e abuso no parto, identificou uma falta de definições, métodos e instrumentos padronizados, o que dá espaço para potenciais erros sistemáticos nas estimativas de prevalência reportadas e afetam sua comparabilidade³⁵.

1.1.3 Instrumentos de pesquisa

Na literatura, não há instrumentos disponíveis para aferição da violência obstétrica no contexto sociocultural brasileiro. Internacionalmente, as ferramentas são raras.

Identificou-se um instrumento desenvolvido e validado por Sheferaw e colaboradores, no contexto sócio-cultural da Etiópia, denominado *Respectful Maternity Care Scale*, a qual extraiu os componentes: cuidado amigável; cuidado livre de abuso, cuidado oportuno e cuidado livre de discriminação. O instrumento é constituído de 15 afirmativas e é avaliado em uma escala de Likert de cinco pontos³⁶. Observa-se que, nesse instrumento, não são avaliados o sistema de saúde e a infraestrutura como componentes da violência obstétrica.

Outro instrumento desenvolvido no Canadá *The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth*, do inglês “Índice ‘as mães no respeito’: medindo qualidade, segurança e direitos humanos do parto”, avalia a satisfação da mulher com o parto no âmbito do relacionamento com os profissionais e o respeito às suas preferências. Da mesma forma, não avalia a estrutura hospitalar, sistema e políticas de saúde³⁷.

1.1.4 Legislação

No Brasil, não há legislação que defina, oriente ou proteja mulheres da violência, abuso e desrespeito durante o parto, bem como auxilie os profissionais da área da saúde em processos jurídicos inapropriados.

A FEBRASGO e o MS têm se pronunciado quanto ao tema^{4,5}. Em 2019, o MS emitiu um documento reiterando que as mulheres têm o direito legítimo em usar o termo que melhor represente suas experiências de atenção ao parto e nascimento. Relata que essas vivências negativas são advindas não só da utilização de procedimentos desnecessários ou da relação entre profissionais da saúde e pacientes, mas ainda da infraestrutura das maternidades brasileiras e atendimento de pré-natal⁵. Já a FEBRASGO aponta que o termo “violência obstétrica” não se mostra apropriado para nomear o evento, visto que deprecia o médico assistente e parece não incluir os demais âmbitos do processo como possíveis corresponsáveis⁴.

A América Latina, onde muitos países têm novas constituições, baseadas nos direitos humanos, tem tomado liderança em criar estruturas legais direcionadas a esse tema. A Venezuela foi um dos primeiros países a criar um direito estatutário de ação reconhecendo a violência obstétrica⁶. Especificamente, a violência obstétrica é reconhecida como uma forma de violência baseada em gênero como uma parte da *Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*³⁸, de 2007. A lei define o termo como:

*[...] la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres[...]*³⁸.

No ponto de vista dos direitos humanos, identifica-se a necessidade de uma monitorização e documentação contínua para aprofundar a compreensão da natureza das violações, suas causas e efeitos, e o desenvolvimento de protocolos mais compreensíveis para guiar, remediar e compensar medidas³⁹. Ainda, há uma carência evidente de se desenvolver medidas inovadoras para prevenir e responsabilizar as violações dos direitos humanos no que tange o sistema de saúde como um todo. Aguardam-se medidas para garantir que o ambiente hospitalar e equipe sejam suficientemente treinadas e capazes de atender as necessidades emocionais, físicas e médicas das mulheres, e garantir o respeito aos direitos humanos^{23,40-42}. O cuidado respeitoso na maternidade inclui o tratamento das mulheres com dignidade, consultando suas preferências, obtendo consentimento para os procedimentos necessários, respeitando seus desejos e provendo tratamentos baseados em evidências e não por rotina.

Considerando que todas as mulheres têm direito a cuidados livres de desrespeito e abuso no processo de nascimento de seu filho – e ainda se observa inúmeros serviços incongruentes com essa prerrogativa – evidencia-se a necessidade de identificar e caracterizar o evento, nesse trabalho, nomeado de violência obstétrica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o construto da violência obstétrica.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a terminologia utilizada para nomear o fenômeno.
- Identificar os fatores contribuintes à violência obstétrica.
- Comparar a ocorrência do fenômeno em diferentes localidades.
- Analisar os componentes que levam à satisfação da mulher com o parto.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que será incorporada no *International Prospective Register of Systematic Reviews* e seguiu as diretrizes de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalysis* (PRISMA)⁴³ (ANEXO A). Utilizaram-se artigos oriundos de pesquisas originais que relataram fatores qualificados como violência obstétrica, abuso ou desrespeito à mulher no momento do parto, bem como aspectos que levam à satisfação com o parto e outras percepções a respeito do momento.

3.2 BASE DE DADOS

Todos os artigos selecionados foram pesquisados nos principais bancos de dados públicos, como Pubmed, *Web of Science*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Cochrane, sem restrições quanto à data ou idioma. A literatura cinzenta (estudos não publicados) foi identificada nos arquivos de teses e dissertações da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e em anais de eventos nacionais e internacionais relacionados ao tema, nos últimos dez anos.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos estudos de qualquer natureza, quantitativa e qualitativa, envolvendo profissionais de saúde e mulheres que já tiveram a experiência do parto, seja vaginal ou cesariana, de qualquer idade ou origem, relatando algum maltrato, abuso ou desrespeito durante o processo de nascimento de seu filho, bem como fatores que influenciaram positivamente. Trabalhos que retratavam a realidade dos

sistemas e ambientes de saúde na questão do atendimento obstétrico também foram incluídos nessa análise.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos registros duplicados, que não retratavam os critérios de inclusão após a leitura na íntegra, esboços de estudos ainda não finalizados e estudos não encontrados na íntegra.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Estratégia de Busca

Foi realizada ampla revisão da literatura a fim de identificar estudos que contivessem informações sobre os fatores envolvidos na violência obstétrica, na percepção e satisfação com o parto. Os estudos foram selecionados a partir do desfecho esperado da revisão: primariamente o construto da violência obstétrica e secundariamente seus fatores associados e aspectos relacionados com a percepção positiva do processo e prevalência estimada.

A estratégia PICOS foi utilizada para a pesquisa dos artigos⁴⁴. As terminologias utilizadas para se referir à violência obstétrica, além do termo propriamente dito e aos métodos para diagnosticar o desrespeito durante o parto e a percepção do processo, também incluíram termos livres como vocabulário indexado – Descritores em Ciências da Saúde para artigos publicados em português e títulos médicos (Medical Subject Headings - MeSH), foram: “*disrespect in childbirth*” OU “*abuse in childbirth*” OU “*childbirth perceptions*” OU “*mistreatment during childbirth*” OU “*obstetric abuse*” OU “*obstetric violence*” OU “*disrespect and abuse in childbirth scale*” e seus correspondentes em português e espanhol.

3.5.2 Processo de coleta de dados

A seleção de artigos por título e resumo foi realizada por dois pesquisadores independentes. A primeira seleção ocorreu quando o consenso foi obtido entre os pesquisadores. Os artigos discordantes foram avaliados completamente e uma

segunda seleção ocorreu após concordância entre os dois pesquisadores. Um terceiro pesquisador, com experiência em revisões sistemáticas, auxiliou a incluir ou excluir o artigo em caso de discordância. O processo de coleta de dados encontra-se esquematizado na Figura 2.

Os dados coletados desses estudos foram atribuídos a um instrumento de pesquisa desenvolvido, incluindo: autor principal, ano, país, desenho do estudo, tamanho da amostra, instrumento utilizado, fatores de risco e suas medidas de associação com intervalo de confiança de 95%.

As informações obtidas da extração de dados foram analisadas para a síntese dos resultados. Todos os fatores relacionados foram selecionados e termos semelhantes foram agrupados em fatores comuns, como sociodemográfico (idade, convivência com parceiro, educação, etnia e imigração), abuso físico (aceleração do processo do parto, procedimentos sem anestésico, tapas, episiotomias, beliscões), cuidado não digno (abuso psicológico, gritos, tratamento rude, restrição no leito), cuidado não consentido (procedimentos sem consentimento, diferente do desejo da paciente, sem orientação prévia), limitações do sistema de saúde (estrutura física e política), discriminação (idade, etnia, religião), entre outros.

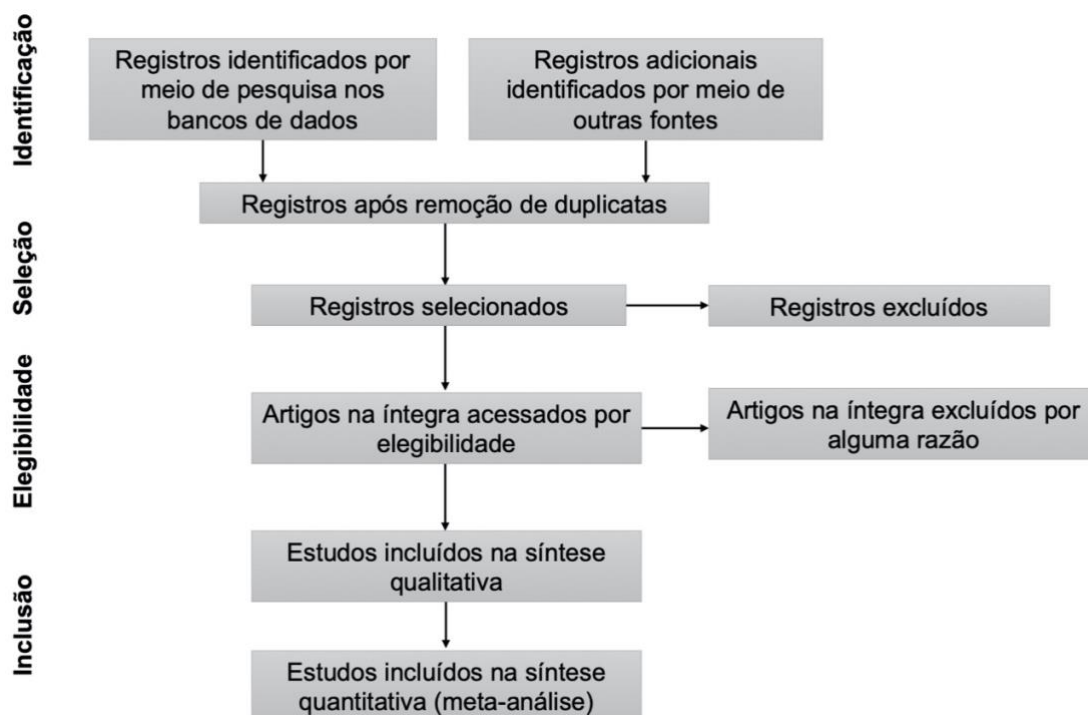


Figura 2: Fluxograma das diferentes fases do desenvolvimento de uma revisão sistemática

Fonte: Adaptado de Moher *et al.*, 2009⁴³.

3.5.3 Desfechos

3.5.3.1 Desfecho primário

O desfecho primário avaliado foi o construto da violência obstétrica.

3.5.3.1 Desfecho secundário

O desfecho secundário foi presença de fatores associados à violência obstétrica e fatores caracterizados como protetores à ocorrência do fenômeno.

3.6 VARIÁVEIS

Os locais dos estudos foram divididos tanto em continentes como subcontinentes, por algumas regiões do mesmo continente serem muito diferentes entre culturas, desenvolvimento econômico e social. As tipologias da violência obstétrica relatadas na literatura estudada foram sintetizadas de acordo com a classificação de Bowser e Hill¹³, que inclui o abuso físico, cuidado não consentido, cuidado não confidencial, cuidado não digno, discriminação, abandono de cuidado, detenção nas unidades, limitações do sistema de saúde e violência de gênero. Acrescentaram-se os subtipos “falta de empoderamento da mulher” e “falta de acompanhante” por terem sido encontrados com frequência na literatura e não se enquadrarem nos subtipos já classificados por esses pesquisadores.

Os potenciais fatores protetores para a ocorrência da violência obstétrica foram classificados em interações positivas entre o prestador de cuidado e a paciente, respeito à privacidade; cuidado seguro e oportuno no parto, engajamento ativo no processo do trabalho de parto pelo profissional, encorajamento na relação mãe-bebê, acompanhante presente no trabalho de parto e parto, conhecer e entender o trabalho de parto, receber informações, mínima/pouca intervenção no trabalho de parto e parto e ambiente acolhedor.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas metassumariação e metassíntese qualitativa dos resultados. Todos os fatores relacionados foram selecionados em termos semelhantes e agrupados em fatores comuns.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como o estudo se trata de uma revisão sistemática da literatura, não se enquadra a avaliação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

4. ARTIGO

Esse artigo foi enviado ao periódico científico Midwifery.

OBSTETRIC VIOLENCE: A NEGLECTED REALITY – SYSTEMATIC REVIEW

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REALIDADE NEGLIGENCIADA – REVISÃO SISTEMÁTICA

Pauline Cureau Miechuanski¹ – paulinecureau@hotmail.com

Jefferson Traebert¹ – jefferson.traebert@gmail.com

¹Postgraduate Program in Health Sciences. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL;

Corresponding author: Pauline Cureau Miechuanski

Address: Rua João Meirelles, 1213, apto 502- bloco B, bairro Abraão, Florianópolis – SC, Brazil

Conflict of interests: none.

Ethics Committee Approval: not applicable

Funds source: not applicable

HIGHLIGHTS

- Obstetric violence described worldwide - increased attention in the last ten years;
- Cultural origins, failures in health systems, poor relationships between patients and caregivers;
- More knowledge on childbirth leads to secure empowerment;
- Awareness is the first step towards problem elimination.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence does not constitute a unique concept, and, in most countries, it is not defined in legal terms, which makes its recognition and prevention difficult. This form of violence can be active or passive, and is associated with individuals' behavior or health system conditions. Alternative strategies stand against the predominant care model which is focused on the physician, on the routine use of interventions and on the depreciation of the psychosocial aspects associated with birth.

Objective: To identify the construct of obstetric violence and its influencing and protecting factors.

Methods: Systematic review of literature reporting factors defined as obstetric violence, abuse or disrespect to women at childbirth, as well as the driving aspects for birth satisfaction and other perceptions regarding the event. A qualitative meta-summarization and meta-synthesis of such results was performed.

Results: A total of 161 studies were selected. Among these, 75% were published between the years 2016-2020 and presented a global distribution, with higher rates of investigation in South America, Central America and the Caribbean (29%) and Africa (25%). The most frequent term describing the phenomenon was "obstetric violence" (33%). The subtypes composing the event and the protective factors for its occurrence found in the literature have been described in this work. Physical abuse, non-consenting care and non-dignified care were the factors most frequently described.

Conclusion: Obstetric violence has been neglected even though it is widespread, resulting in serious obstacles in public health. The awareness of the existence of obstetric violence and all its causing and influencing factors by the professional team, managers and politicians can be the beginning of actions in order to improve obstetric care worldwide. Actions that convey guidelines to patients and their families can improve the bond between those who practice obstetrics and the population assisted.

Keywords: Birth. Obstetric Violence. Abuse. Perceptions.

RESUMO

Introdução: O fenômeno da violência obstétrica não tem um conceito único e na maioria dos países não é definido em termos legais, dificultando seu reconhecimento e prevenção. Essa forma de violência pode ser ativa ou passiva, relacionada a comportamento de indivíduos ou às condições do sistema de saúde. Estratégias alternativas esbarram no modelo de atenção predominante, focado no médico, no uso rotineiro de intervenções e desvalorização de aspectos psicossociais do parto.

Objetivo: Identificar o construto da violência obstétrica bem como seus fatores influenciadores e protetores.

Métodos: Revisão sistemática da literatura relatando fatores qualificados como violência obstétrica, abuso ou desrespeito à mulher no momento do parto, bem como aspectos que levam à satisfação com o parto e outras percepções a respeito do momento. Foi realizada uma metassummarização e metassíntese qualitativa dos resultados.

Resultados: Foram selecionados 161 artigos. Desses, 75% foram publicados entre os anos de 2016-2020 e apresentaram uma distribuição global com maiores índices de pesquisas na América do Sul, América Central e Caribe (29%) e África (25%). O termo mais frequente descrevendo o fenômeno foi “violência obstétrica” (33%). Descrevem-se aqui os subtipos componentes do evento e os fatores protetores para sua ocorrência encontrados na literatura. Abuso físico, cuidado não consentido e cuidado não digno foram os fatores descritos com maior frequência.

Conclusão: A violência obstétrica tem sido negligenciada mesmo que amplamente difundida, resultando em sérios entraves na saúde pública. A conscientização da existência do fenômeno e todos os seus fatores ocasionadores e influenciadores por parte da equipe profissional, gestores e políticos pode ser o início de ações com o fim de aprimorar a assistência obstétrica em todo o mundo. Ações que transmitam orientações às pacientes e seus familiares podem melhorar o vínculo entre aqueles que exercem a obstetrícia e a população assistida.

Descritores: Parto. Obstetrícia. Violência. Abuso. Percepção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos em um impasse entre expectativas e ideais de cuidados e a realidade da assistência obstétrica na maioria dos países, desenhada pela desproporcionalidade entre pacientes e cuidadores e a carência de estrutura física e suprimentos. Sistemas de saúde deficitários, baseados na medicalização da assistência à saúde como protagonista de cuidado e a ignorância da saúde psicológica das mulheres esbarram nos princípios de cuidado preconizados pela OMS.

A atenção à saúde está usualmente baseada na doença. Aprende-se a reconhecer e tratar mazelas da saúde e observam-se lacunas na formação dos profissionais na atenção ao comportamento, motivações e emoções humanas. A idealização do parto humanizado gera expectativas na maioria das vezes inalcançáveis no ambiente hospitalar gerando frustrações tanto para os usuários do sistema de saúde como para os profissionais atuantes.

A inadequada prática obstétrica ao longo dos anos gerou um estigma com relação ao atendimento obstétrico pelo médico, influenciando, muitas vezes, na subutilização do atendimento especializado no parto. Esse estigma em conjunto com a idealização de um parto humanizado e não-intervencionista, a falta de orientações e conhecimento da fisiologia do parto dificultam a realização de procedimentos na sua condução ou na definição de sua via mesmo quando indicados e baseados em evidências científicas.

O protagonismo da mulher nessa experiência de sua vida é irrefutável. Entretanto, nota-se a necessidade de domínio não só de seu corpo, mas também de conhecimento sobre o momento para que possa haver um empoderamento real, seguro e saudável.

A criação de um instrumento de pesquisa que torne possível a identificação e quantificação do fenômeno em toda sua amplitude pode embasar ações futuras por parte da gestão hospitalar, governantes e população. Pode ainda servir como respaldo legal para pacientes e profissionais atuantes na atenção obstétrica,

Por fim, a conscientização da existência do fenômeno da violência obstétrica e todos os seus fatores ocasionadores e influenciadores por parte da equipe profissional e gestores pode ser o início de ações com o fim de aprimorar a assistência em todo o

mundo. Ações que transmitam orientações às pacientes e seus familiares possibilitaria a melhora o vínculo entre aqueles que exercem a obstetrícia e a população assistida.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(0): 1-31.
2. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc*. 2017; 29:155043.
3. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015; 12(6): 1-32.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Nota de apoio da FEBRASGO ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão "violência obstétrica". 2019. Acesso em: 08/08/2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>.
5. Ministério da Saúde. Ofício Nº 296. Brasília: MS; 2019.
6. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
7. United Nations. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations: 2012. Acesso em 20/08/2020. Disponível em: https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf
8. Organização Mundial da Saúde. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization. 2015;4. Acesso em 08/08/2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_cze.pdf.
9. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–27.
10. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*. 2000; 27(2): 104-11.
11. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publ*. 2017; 51(0): 1-11.
12. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, *et al.* How women are treated during facility-based childbirth: Development and validation of

measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health*. 2015;12(1):1–11.

13. United States Agency for International Development. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth - Report of a Landscape Analysis. USAID. 2010;1–57.

14. Family Care International. The skilled care initiative - Technical brief: Strengthening provider competencies and performance in skilled. 2005. Acesso em: 10/08/2019. Disponível em: <http://www.tzonline.org/pdf/strengtheningprovidercompetenciesandperformance.pdf>.

15. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359:1681–5.

16. Khayat R. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy Plan*. 2000;15(3):270–8.

17. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, *et al*. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health*. 2017; 14(1):1-13.

18. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12(3):1-17.

19. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1-11.

20. 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 Childbirth*. 2017;17(1):1-14.

21. Center for Reproductive Rights. Failure to deliver: Violations of women's human rights in kenyan health facilities. New York: 2007. Acesso em 23/10/2019. Disponível em: https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bo_failuretodeliver.pdf.

22. Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: A quality improvement study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:1–8.

23. Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS. “If we're here, it's only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1-10.

24. Jolly Y, Aminu M, Mgawadere F, van den Broek N. “We are the ones who should make the decision” – knowledge and understanding of the rights-based approach to

maternity care among women and healthcare providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1-8.

25. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1-10.

26. Martin KA. Giving birth like a girl. *Gend Soc*. 2003;17(1):54–72.

27. Cohen Shabot S. Making loud bodies “Feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud*. 2015;39(2):231–47.

28. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ. “When helpers hurt”: women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1-12.

29. Human Rights Watch. Unaccountable: addressing reproductive health care gaps. 2010;1–14. Acesso em: 05/03/2020. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/36E78CA634C6B0AB492577370018D572-HRW_May2010.pdf

30. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care. *Obstet Gynaecol Forum*. 2016;26(4):30–6.

31. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, *et al*. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, Policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92(12):915–7.

32. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, *et al*. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.

33. Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C, Warren CE. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):48–61.

34. Ukke GG, Gurara MK, Boynito WG. Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town, south Ethiopia – a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2019;14 (4):1-17.

35. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, *et al*. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-18.

36. Sheferaw ED, Mengesha TZ, Wase SB. Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–8.

37. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, Martin K, Miller-Vedam Z, Hayes-Klein H, *et al.* The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM Popul Health*. 2017; 3:201–10.
38. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. 38668, 2017.
39. Human Rights Watch. Stop Making Excuses: Accountability for Maternal Health Care in South Africa. New York: 2011. Acesso em: 25/09/2020. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_Report_2004.pdf
40. Potts H, Hunt PH. Participation and the right to the highest attainable standard of health. Monografia. Colchester, UK: University of Ussex, Human Rights Centre; 2008.
41. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):131-43.
42. Lokugamage, AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-8.
43. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):1-6.
44. Centre for Reviews and Dissemination. *Sistematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of New York, 2009.

ANEXO

ANEXO A – Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis

Table 1. Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis.

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	