



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

ADRIELLE LAÍS FIRMINO DA SILVA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

UMA REVISÃO DE ESCOPO

RECIFE

2023

ADRIELLE LAÍS FIRMINO DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Projeto de trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para conclusão da graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Lemos Bezerra de Oliveira

RECIFE

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Adrielle Laís Firmino da.

Prevalência e fatores associados à violência obstétrica: uma revisão de escopo. / Adrielle Laís Firmino da Silva. - Recife, 2023. 27, tab.

Orientador(a): Andrea Lemos Bezerra de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Fisioterapia - Bacharelado, 2023.

1. Violência obstétrica. 2. Gestante. 3. Prevalência. 4. Gravidez. 5. Parto. I. Oliveira, Andrea Lemos Bezerra de. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

**PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH OBSTETRIC
VIOLENCE: A SCOPING REVIEW**

Adrielle Laís Firmino da Silva (<https://orcid.org/0009-0008-2273-7974>)

Andrea Lemos Bezerra de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-0631-0512>)

1. Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901

Resumo

A violência obstétrica (VO) é considerada uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês, sendo então caracterizada como qualquer tipo de violência que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério. Este estudo teve como objetivo averiguar a prevalência e os fatores associados à violência obstétrica. Realizou-se uma revisão de escopo, baseada no guideline fornecido pelo Joanna Briggs Institute, utilizando as bases de dados eletrônicas Medline/PUBMED, SCIELO, LILACS e EPISTEMONIKOS. A prevalência da VO variou de 12,1% a 87 %, apresentando como principais fatores associados: falta de acesso à informação, baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, paridade e idade jovem. Diante disso, é fundamental que as políticas públicas sejam direcionadas para a promoção da saúde da gestante considerando esses fatores de risco e garantindo um parto seguro, digno e respeitoso.

Palavras-chaves Violência obstétrica, Gestante, Prevalência, Gravidez, Parto

Abstract

Obstetric violence is considered a public health issue that directly affects women and their babies, and is therefore characterized as any type of violence that occurs during pregnancy, childbirth and the postpartum period. This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with obstetric violence. A scope review was carried out, based on the guideline provided by the Joanna Briggs Institute, using the electronic databases Medline/PUBMED, SCIELO, LILACS and EPISTEMONIKOS. The prevalence of VO ranged from 12.1% to 87%, with the following main associated factors: lack of access to information, low education, low socioeconomic status, parity and young age. In view of this, it is essential that public policies are directed towards the promotion of pregnant women's health, considering these risk factors and guaranteeing a safe, dignified and respectful delivery.

Keywords Obstetric violence, Pregnant woman, Prevalence, Pregnancy, Parturition.

Introdução

Mulheres podem ser vítimas da chamada violência obstétrica, que se caracteriza como qualquer tipo de violência que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério¹. De acordo com a OMS, o termo VO é uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês, sendo considerado qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências².

O tema violência obstétrica começou a ganhar visibilidade por meio de movimentos feministas, obras artísticas e documentários na segunda década do século XXI. No Brasil no final da década de 1980, movimentos feministas descreveram por meio da obra “Espelho de vênus” o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta, no entanto o assunto foi ignorado devido à grande resistência de profissionais em reconhecer o tratamento prestado como sendo uma violência³.

No Brasil, essa violência também é resultado da precariedade do sistema de saúde, que também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, o que faz com que muitas mulheres passem por uma longa espera em busca de uma vaga na rede pública do serviço de saúde, colocando em risco sua vida e de seu bebê por falta de atendimento em tempo hábil⁴.

A VO pode ser determinada utilizando os sete padrões de desempenho e seus respectivos critérios de verificação, elaborados pelo Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil², que ressaltam as sete categorias, alinhando as definições legais. São elas: abuso físico, cuidados não consentidos, cuidados não confidenciais, cuidados não dignos, cuidados discriminados, cuidados negligenciados e detenção nos serviços de saúde⁵.

Essas formas de violência são cometidas por profissionais de saúde que marginalizam e não reconhecem o poder feminino sobre seu corpo, tornando-o passivo e disciplinado. As consequências para a mulher resultam em repercussões físicas e psicológicas, relacionadas às atitudes e procedimentos desrespeitosos. Esse tipo de prática não só descumpra com os direitos das mulheres, como também ameaça o direito à vida⁶⁻⁸.

Existem vários tipos de revisão e entre elas está a revisão de escopo que consiste em avaliar e sintetizar as evidências emergentes de pesquisas, esclarecendo conceitos ou definições, para assim mapear a literatura existente de determinado assunto em termos de natureza, características e volume, além de analisar como estão sendo conduzidas as pesquisas em determinado campo do conhecimento. Desta forma o objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência e os fatores associados à violência obstétrica.

Método

Trata-se de uma revisão de escopo desenvolvida com base nas recomendações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) e pelo método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI)⁹.

Nessa perspectiva; foram seguidos os cinco passos metodológicos da revisão de escopo: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) coleta, resumo e relato dos resultados.

Adotou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC), para guiar a formulação da perguntadora norteadora da pesquisa: qual a prevalência e os fatores associados à violência obstétrica? Assim, foram definidos com base na questão norteadora: a) população: mulheres no período gravídico puerperal; b) conceito: prevalência e fatores associados à violência obstétrica; c) contexto: país¹⁰.

A coleta de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2023. As bases de dados selecionadas para as buscas foram: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval) via Pubmed, e Epistemonicos.

Foram incluídas publicações em português e inglês, sem restrição de data, a fim de abranger um maior número de estudos. Além disso, foram excluídos artigos que só disponibilizaram resumos e as revisões narrativas, sistemáticas e integrativas. Para construção da chave de busca foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCs/MeSH) em inglês: prevalence/prevalência, obstetric violence/violência obstétrica, pregnancy/gravidez, pregnant Woman/gestante e parturition/parto.

Resultados

De acordo com a busca foram identificados 140 estudos e após análise e aplicação dos critérios de elegibilidade foram incluídos sete artigos.

Os estudos selecionados após os critérios de elegibilidade, foram colocados na tabela abaixo, contendo informações como: título do artigo, autor e ano, objetivo do estudo, desenho do estudo e o país em que foi realizado.

Tabela 1 Artigos selecionados após os critérios de elegibilidade, assim como, seu objetivo, o desenho de estudo, e a abrangência (país).

Título do artigo	Autor e ano	Objetivo	Desenho de Estudo	País
Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes	Lansky et al (2019) ¹¹	Analisar o perfil das gestantes que visitaram a Sentidos do Nascer, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO.	Estudo transversal	Brasil
Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	Andrade et al (2016) ¹²	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência na Cidade do Recife.	Estudo transversal	Brasil

Desrespeito e abuso na assistência obstétrica no México: um estudo observacional de partos em quatro hospitais	Monge et al (2020) ¹³	Identificar e descrever a frequência e as características das práticas de desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto domiciliar em quatro hospitais de dois estados mexicanos.	Estudo transversal	México
Violência na sala de parto em Uttar Pradesh, Índia: evidências de um estudo longitudinal sobre gravidez e parto	Goli et al (2019) ¹⁴	O objetivo maior deste estudo foi investigar a prevalência da violência laboral (VLR) (uma das formas de violência obstétrica) enfrentada pelas mulheres durante o parto.	Estudo longitudinal	Índia
Vozes silenciosas: desrespeito institucional e abuso durante o parto entre mulheres do distrito de Varanasi, norte da Índia	Bhattacharya (2018) ¹⁵	Avaliar a frequência e a natureza do desrespeito e do abuso sofridos por mulheres nas unidades de saúde e explorar possíveis associações, se houver, durante o trabalho de parto e o parto.	Estudo transversal	Índia

Medindo maus-tratos de mulheres durante o processo de parto: implicações para avaliações de qualidade de atendimento	Abuya et al (2018) ¹⁶	Descrever como os maus-tratos à mulher e o processo clínico de cuidado variam ao longo do processo de parto desde a admissão, parto e cuidado no pós-parto imediato.	Estudo observacional transversal	África
Como as mulheres são tratadas durante o parto em unidades de saúde em quatro países: um estudo transversal com observações do trabalho de parto e pesquisas com base na comunidade	Bohren et al., (2019) ¹⁷	Desenvolver e implementar ferramentas validadas e embasadas por evidências para medir maus-tratos durante o parto e relatar os resultados de um estudo transversal em quatro países de baixa e média renda.	Estudo transversal	Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria

Nos estudos incluídos, a prevalência de violência obstétrica variou de 12,1% a 87% e os principais fatores associados foram a falta de acesso à informação, baixa escolaridade, idade jovem, presença do profissional médico e menor poder socioeconômico.

Tabela 2 Prevalência e os fatores associados à violência obstétrica nos estudos incluídos.

Autor e ano	Prevalência	Fatores Associados
Lansky et al ¹¹	N total = 555. 12,1% sofreram VO.	-Mulheres solteiras/separadas (OR 3,0, IC 95% 1,06 - 8,56) - Renda familiar < 2 SM (OR 1,76, IC 95% 0,15 – 21,10) 2 a < 5 SM (OR 9,29, IC 95% 1,02- 84,76) 5 A 10 SM (OR 6,20, IC 95% 0,61 – 62,95) -Posição supina/litotômica (OR 3,89, IC 95% 1,13 – 13,38) - Sem contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento (OR 4,02, IC 95 % 1,39 – 11,66)
Andrade et al ¹²	N total = 603 87% sofreram VO.	- Mulheres que não possuem ensino médio OR: 1,09 IC 95% (1,03- 1,16) - Mulheres assistidas por profissionais médicos OR: 1,65 IC 95% (1,46- 1,87)
Monge et al ¹³	N total = 867 18,8 % Sofreram VO.	- Nível educacional - Status socioeconômico - Mulheres jovens - Tipo de instalação onde ocorreu o parto - Paridade - Etnia indígena (Não mostra OR) P < 0,05)

Goli et al ¹⁴	N total = 504 15,12% sofreram VO.	Mulheres mulçumanas (OR 1,8, IC 95% 0,7 a 4,3) - Castas/grupo sociais Em geral (OR 0,5. IC 95 % 0,1 a 1,5) OBC (OR 0,6, IC 95% 0,3 a 1,5) - Moradoras de área rural (OR 1,12 IC 95% 0,4 – 2,7) -Mulheres que não tem exposição aos meios de comunicação em massa (OR 4,7, IC 95% 1,7 a 12,8)
Battacharya ¹⁵	N total = 410 28,8% sofreram VO.	-Presença de complicações (OR 4,18, IC 95% 1,78 – 9,83) - Profissional: Médico (OR 2,56, IC 95% (0,89- 7,36): Enfermeiro (OR 0,75, IC 95% 0,32- 1,76) - Tipo de instalação: CHC (OR 1,0, IC 95% 0,19-5,30); DH/TH (OR 2,52, IC 95%, 0,45- 14,7)
Abuya et al ¹⁶	N total = 677 48% sofreram VO.	- Instalações de infraestrutura baixa (OR 0,88, IC 95% 0,78- 0,99) - Mulheres com maior paridade (OR 1,69, IC 95% 1,03 - 2,77)

Bohen et al ¹⁷	N total = 2.642	- Mulheres jovens (15 – 19 anos) (OR 1,9, IC 95% 1.4 – 2.6)
	41.6 % sofreram VO.	- Mulheres com baixa escolaridade (OR 1,0, IC 95% 0,7–1,3)
		- Primeiro nascimento (OR 1,0, IC 95% 0.8 – 1.2)
		- Mulheres solteiras (OR 1.1, IC 95 % 0,8 – 1.5)

Legenda: SM= Salário mínimo; CHC= Centro comunitários de saúde; OBC= Outra classe retrógrada; DH/TH= Hospital Distrital/ Hospital terciário; OR= Odds Ratio; IC= Intervalo de confiança.

Discussão

Entre os artigos selecionados, constatou-se que em sua maioria, o desenho de estudo utilizado foi transversal. Esses estudos foram conduzidos em diferentes partes do mundo, incluindo Ásia, América de Sul, África e América do Norte. Os achados desta pesquisa revelaram uma prevalência de violência obstétrica que variou de 12,1% a 87%. Além disso, identificaram-se alguns fatores que favorecem a ocorrência desse tipo de violência.

A falta de acesso à informação foi uma variável que mostrou-se estar relacionada a ocorrência da violência obstétrica, nos estudos^{12,13,17}. O nível educacional mais elevado da gestante apresenta correlação com uma redução no número menor de intervenções, uma vez que mulheres com maior escolaridade tendem a buscar e ter maior acesso à informação e aos seus direitos. Como consequência, os profissionais de saúde acabam sendo mais indagados e desencorajados a praticar ações contraindicadas¹².

A falta de conhecimento das mulheres sobre o tema VO é um aspecto que merece ser destacado. Um estudo que entrevistou 50 mulheres, demonstrou que uma parcela significativa (72%) nunca tinha ouvido falar desse termo, o que pode levar à subnotificação e subestimação desse tipo de violência. É preocupante observar que muitas mulheres não reconhecem os maus tratos que sofrem durante o processo de parto como violência obstétrica, sendo assim, não conseguem diagnosticar e denunciar a violência sofrida. Isso torna evidente o fato de que, mesmo negando terem sofrido agressões, 62% das participantes perceberam que haviam sido vítimas da VO¹⁸.

Outra variável encontrada foi a falta de acesso aos meios de comunicação como fator de risco à VO¹⁴. Observou-se a possibilidade de subnotificação dos casos no cenário da pesquisa pela falta de conhecimento sobre as formas de VO, o que pode indicar que a prevalência desse tipo de violência é ainda maior do que a estimada pelos resultados encontrados¹⁴.

Esses achados reforçam a importância da conscientização e do conhecimento acerca dos direitos reprodutivos e dos direitos das mulheres no sistema de saúde. É essencial que haja um amplo acesso à informação sobre as formas de VO e sobre os mecanismos de denúncia e combate a essa prática. Para combater esse problema, é necessário um esforço conjunto de governos, organizações não governamentais, profissionais de saúde e da sociedade em geral. É importante que haja investimento em educação sexual nas escolas, nos serviços de saúde e em campanhas de conscientização sobre saúde reprodutiva^{19,20}.

O poder econômico também se mostrou como fator ligado à VO em dois estudos^{11,13}. Mulheres mais vulneráveis socioeconomicamente geralmente têm menos acesso a informações sobre saúde reprodutiva e cuidados pré-natais. Como resultado, elas podem não estar preparadas para lidar com as situações que surgem durante o parto e podem

não ter as informações necessárias para tomar decisões informadas sobre o próprio corpo. Além disso, tendem a sofrer mais discriminação na assistência ao parto, como a longa espera em busca de vaga hospitalar no momento do parto e menor utilização de analgesia para o parto, como mostram estudos brasileiros^{21,22}.

Segundo a OMS, a qualidade da atenção pré-natal, do parto e do pós-parto é fundamental para a prevenção da violência obstétrica. O acompanhamento pré-natal adequado, pode ajudar a identificar problemas de saúde e fornecer orientações sobre o parto e o cuidado com o recém-nascido. No entanto, mulheres mais pobres, muitas vezes, não têm acesso aos cuidados pré-natais adequados, o que pode resultar em complicações durante o parto e aumentar a probabilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos desnecessários²³.

Por fim, as mulheres de baixa renda muitas vezes têm menos poder de decisão sobre o próprio corpo e sobre o cuidado que recebem durante o parto. A falta de informação adequada, a falta de autonomia e a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade são todos fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres pobres à violência obstétrica^{18,24}.

O estado civil também apareceu como uma variável de risco para VO, demonstrada nos estudos^{11,17}. Isso pode acontecer pelo fato de que, as mulheres solteiras, geralmente, têm menos apoio social durante o processo de parto e pós-parto, o que pode aumentar a sua vulnerabilidade à violência obstétrica. As mulheres casadas podem ter o apoio de seus parceiros durante o parto, e assim apresentam mais poder de decisão sobre seu próprio corpo, o que pode ajudá-las a se sentir mais seguras e confortáveis²⁵. É fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para oferecer um atendimento respeitoso e digno a todas as mulheres, independentemente de seu estado

civil, e que as mulheres sejam informadas sobre seus direitos e possam tomar decisões informadas durante o processo de parto e pós-parto¹¹.

As complicações durante o parto são uma preocupação comum entre as mulheres grávidas e suas famílias. No entanto, em alguns casos, a ocorrência de complicações pode estar associada à VO, como foi mostrado no estudo ¹⁵. Em algumas situações de emergência, a equipe médica pode agir de maneira mais adversa e utilizar procedimentos mais invasivos ²⁶. Além disso, a falta de comunicação e respeito com a mãe pode impedir que ela tome decisões informadas e consiga expressar suas necessidades e desejos durante o parto. Conclui-se, portanto, que a ocorrência de complicações durante o parto pode aumentar o risco de violência obstétrica se a equipe médica não estiver preparada para lidar com a situação de maneira respeitosa e empática.

A presença do médico, foi um indicativo para maior propensão de ocorrência da VO, encontrado em dois estudos ^{12,15}. Isso ocorre quando não há diálogo ou respeito à autonomia da mulher, que pode estar presente em uma série de fatores interligados, como a falta de preparo e capacitação da equipe de saúde, a cultura de medicalização do parto e a falta de respeito pelos direitos humanos. ²⁷⁻²⁹. Por outro lado, a presença de profissionais de saúde respeitosos e compreensivos pode ajudar a prevenir a violência obstétrica. Quando a equipe médica se comunica bem com a mãe, explica o que está acontecendo durante o parto, respeita suas escolhas e necessidades, a mãe pode ter uma experiência positiva e saudável³⁰⁻³².

Observou-se no estudo¹⁶, que mulheres com maior paridade, eram mais propensas a serem abusadas verbalmente do que aquelas sem filhos. Existem diversas razões que podem explicar essa relação. Uma primeira explicação é que mulheres com maior paridade muitas vezes já tiveram experiências negativas em partos anteriores e podem

ter mais medo e ansiedade em relação ao parto atual. Este fato pode ser interpretado pelos profissionais de saúde como falta de colaboração ou dificuldade em seguir as orientações médicas, o que pode levar a práticas desrespeitosas.³³ Além disso, mulheres com maior paridade podem ter mais complicações durante o parto aumentando assim as intervenções médicas. Mulheres com maior paridade muitas vezes são vistas como experientes e capazes de lidar com o parto sem ajuda, fazendo com que elas recebam menos informações³³.

Por outro lado, o estudo¹⁷ mostrou que mulheres primigestas também são mais susceptíveis à VO. Uma das possíveis explicações é que as mulheres primigestas, por não terem vivenciado um parto antes, podem não estar familiarizadas com o processo de parto e com as intervenções médicas que podem ser realizadas, tornando-as mais vulneráveis e menos capazes de expressar suas preferências e necessidades³⁴⁻³⁶.

Instalações menos equipadas e a ausência de condições básicas de higiene, segurança e conforto, apareceram como fator ligado a VO, mostrado em dois estudos^{15,16}, o que se justifica ao atraso no atendimento médico. Em instalações bem equipadas há uma receptividade melhor a assistência ao parto^{37,38}.

As mulheres que vivem em áreas rurais enfrentam desafios adicionais durante a gravidez e o parto em comparação com as mulheres que vivem em áreas urbanas, sendo considerado então, mais um fator associado à VO¹⁴. As mulheres moradoras de áreas rurais muitas vezes têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade, transporte, recursos financeiros e, portanto, podem enfrentar barreiras adicionais para obter cuidados pré-natais e pós-parto adequados. Ademais, as práticas culturais e sociais podem ser diferentes em áreas rurais, o que pode levar a uma maior probabilidade de violência obstétrica^{39,40}.

A idade da mãe também pode estar relacionada com a ocorrência de violência obstétrica, como foi visto em três estudos^{13,16,17}. Mulheres mais jovens podem estar em maior risco, especialmente quando combinado com outros fatores de vulnerabilidade, como baixa escolaridade, baixo status socioeconômico e falta de suporte social^{18,24}.

Adolescentes, por exemplo, podem ser especialmente vulneráveis à violência obstétrica, uma vez que muitas vezes enfrentam estigmatização e discriminação devido a sua idade. Elas podem ter menos experiência e conhecimento sobre seus direitos de saúde reprodutiva e menos recursos para acessar serviços de saúde de qualidade^{18,24}.

A posição supina e a falta de contato entre a mãe e o bebê, apareceram como fatores ligados à VO em um estudo¹¹. A posição supina limita a mobilidade da mulher e seu controle sobre o processo de parto, tornando-a mais vulnerável a intervenções desnecessárias. Aumenta também a dor e a pressão no períneo, com risco maior de lacerações e episiotomias⁴¹.

A violência obstétrica também é influenciada pela religião e casta, como demonstrado por um estudo realizado na Índia¹⁴. Na Índia, o sistema de castas tem sido associado à violência obstétrica. As mulheres das castas mais baixas têm maior probabilidade de enfrentar discriminação e violência durante o parto, incluindo o acesso limitado a cuidados de saúde e a assistência obstétrica de qualidade. Ademais, as mulheres das castas mais baixas são frequentemente submetidas a práticas prejudiciais durante o parto, como a episiotomia e a cesariana desnecessárias⁴².

Algumas religiões impõem restrições ao acesso das mulheres a serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar, o que pode limitar sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar durante o período gravídico puerperal⁴³. Outro aspecto a ser considerado é a forma como a casta e a religião podem afetar o acesso das mulheres à educação e ao emprego. As mulheres de castas mais

baixas e de grupos religiosos minoritários são frequentemente discriminadas e têm acesso limitado à educação e ao mercado de trabalho. Essa falta de oportunidades pode aumentar a vulnerabilidade das mulheres à violência obstétrica, já que elas têm menos recursos para acessar serviços de saúde de qualidade e para exigir seus direitos⁴².

Um estudo¹³, mostrou a associação da etnia indígena com a violência obstétrica. Uma das principais causas dessa desigualdade é a discriminação étnica e cultural que muitas vezes é enraizada nas práticas de saúde e que afeta negativamente a qualidade do atendimento que essas mulheres recebem. Muitas vezes, essas mulheres enfrentam barreiras linguísticas e culturais que dificultam o acesso à informação e ao cuidado adequado durante a gestação, o parto e o pós-parto^{44,45}.

Em síntese, os resultados dos estudos selecionados destacam a importância da educação formal para as mulheres e do treinamento adequado dos profissionais de saúde quanto à violência obstétrica. É fundamental que essas questões sejam abordadas de maneira ampla no âmbito das políticas públicas de saúde, visando uma atenção humanizada e de qualidade para a saúde reprodutiva das mulheres. Com a implementação de medidas que visem a prevenção e o combate da violência obstétrica, com enfoque principal na conscientização e empoderamento feminino, espera-se que as mulheres tenham mais acesso à informação. A garantia de uma assistência obstétrica respeitosa e de qualidade é um direito inalienável de todas as mulheres, e a luta pela eliminação da violência obstétrica é uma importante etapa nesse processo^{2,46,47}.

Conclusão

O presente estudo mostra uma prevalência de violência obstétrica variando entre 12,1% a 87%. Os resultados evidenciaram que os fatores mais frequentemente associados à VO incluem idade jovem, baixa classe socioeconômica e escolaridade,

complicações na hora do parto, presença do profissional médico, casta baixa, religião, etnia indígena, instalações inadequadas da sala de parto, paridade, além de um acesso limitado à informação.

Nesse sentido, constatou-se que a falta de acesso à informação é o fator mais significativo para a ocorrência deste tipo de violência, destacando a importância da conscientização e da autonomia das mulheres quanto aos seus direitos reprodutivos e à atenção ao parto humanizado. Diante disso, é fundamental que as políticas públicas sejam direcionadas para a promoção de informação na saúde da mulher e para a garantia de um parto seguro, digno e respeitoso.

Referências

1. Martins, FL, Silva BO, Carvalho FL, Costa DM, Paris LR, Junior LR, Bueno DM, David ML. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, n. 11, p. 413-423, 2019.
2. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.
3. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Develop*, 2015.
4. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Branco MB, Souza RM, Padoin SM. Violência na assistência obstétrica no processo de nascimento: um estudo exploratório descritivo. *Revista Brasileira de Enfermagem Online*, [SI], v. 13, p.399-401, set. 2014.

5. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF, Diniz SG. Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v. 1 n. 35, p. 1-17, 2015.
6. Aguiar, JM. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface (Botucatu)*. v. 15, n.36, p.79-92, 2016.
7. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
8. Oliveira TR, Oliveira LC, Roxanny E, Monte NL, de Moura FV, Juscélia MMR, Maria I. Women's perception on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE*. v. 11 n. 1: p. 40-46, 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097.
9. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf> (accessed em 15/Jan/2023).
10. Salvador PTCO, Alves KYA, Costa TD, Lopes RH, Oliveira LV, Rodrigues CCFM. Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saude* 2021; 6:1-8.
11. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saude Colet*. 2019 Aug 5;24(8):2811-2824. Portuguese, English.
12. Andrade PON, Silva JQ, Diniz CM, Caminha MF. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta

- complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 1, p. 29–37, mar. 2016.
13. Brenes MA, Fernández EM., Poblano, Nolasco M, Álvarez IY, Hernández PJ. Disrespect and Abuse in Obstetric Care in Mexico: An Observational Study of Deliveries in Four Hospitals. *Maternal and child health journal* vol. 25,4 (2021): 565-573.
 14. Goli S, Ganguly D, Chakravorty S, Siddiqui M Z, Ram H., Rammohan A, Acharya S S. (2019). *Labour room violence in Uttar Pradesh, India: evidence from longitudinal study of pregnancy and childbirth*. *BMJ open*, 9(7), e028688.
 15. Bhattacharya S, Sundari Ravindran T.K. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018.
 16. Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiya 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.
 17. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung T, Balde MD, Maya E, Thwin S, Aderoba AK, Vogel JP, Irinyenikan TA, Adeyanju AO, Mon N, Adu-Bonsaffoh K., Landoulsi S, Guure C, Adanu R, Diallo BA., Gülmezoglu AM, Soumah AM, Sall AO. (2020). *Lancet*. v. 394, pág. 1750-1763, 2019.
 18. Almeida JV, Oliveira EM, Medeiros AS, Carvalho MSML. (2022). Percepção das puérperas de um hospital materno infantil sobre a violência obstétrica no estado de Roraima / Estado de Roraima. *Revista Pesquisa* (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Online), 14, 11680.
 19. Andrade MAC, Ferreira PB. (2014). Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação

- de risco. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 61-76). Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde.
20. Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. *CadSaude Publica*. 2014;30(Supl.1):S140-S153.
21. Serra, MCM. Violência obstétrica em (des)foco: Uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do *TJMA, STF E STL – MA* [Dissertação de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão: 2018.
22. Vieira, DR, Apolinário, JA. A violência obstétrica na compressão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins. Monografia de graduação em Psicologia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, UniSALESIANO, Lins, São Paulo, 2017.
23. Organização Mundial de Saúde. A prevenção e eliminação do desrespeito e do abuso durante o parto em estabelecimentos de saúde. Genebra: OMS; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>. Acessado em 16 de março de 2023.
24. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de Los Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(1):84-88.
25. Fonseca SC, Kale, PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015.

5. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200209. Acesso em: 06 març. 2023.
26. Freedman L, Ramsey K, Abuya T, et al. Definindo desrespeito e abuso de mulheres no parto: uma agenda de pesquisa, política e direitos. Bula Órgão Mundial da Saúde.2014.92:015-7.
27. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. Interface Comun Saúde Educ. [Internet]. 2011 Jan [cited Jul 2, 2017]; 15(36):79-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf><http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>
28. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
29. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venezuela. [Internet]. 2012 Mar [Acceso 5 abr 2023];72(1):4-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 43–68.

31. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Sep 09, 2017];24(47):47-55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
32. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Women's perception on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2017 Jan [cited Jul 5, 2017];11(1):40-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097
33. Ribeiro D de O, Gomes GC, Oliveira AMN de, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020;41:e20190419. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>.
34. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC da, Possati AB, Ilha CB, et al.. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015;36(spe):143–51.
35. Seibert SL, Gomes ML, Vargens OMC. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. *Esc Anna Nery RevEnferm*, 2008; 12(4):758-64.
36. Franzon ACA, Sena LM. Teste de violência obstétrica. Violência obstétrica é violência contra a mulher. 2012. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3odosresultados_Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023.

37. Regis JFS, Resende VM. Then you delivered my daughter: critical discourse analysis of a letter to the obstetrician. DELTA. [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 15, 2017];31(2):573-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v31n2/1678-460Xdelta-31-02-00573.pdf>.
38. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
39. Da Silva MC, Feijó BDM, Pereira, FANS, Guerra FJF, Santos IS, Rodrigues GDO, Anjos SDJS, Santos MP. (2018). Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, vol. 12, no. 9, Sept. 2018, p. 2407.
40. Bowser D, Hill K. Explorando evidências de desrespeito e abuso em partos domiciliares: relatório de uma análise de paisagem [Internet]. Bethesda: Projeto USAID-TRAction; 2010 [citado em 28 de março de 2018]. Disponível em: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
41. S, Artenira da S. e S, Serra MCM. “Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco”. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, 2016.
42. Vora KS, Mavalankar DV, Ramani KV, et al. Maternal health situation in India: a case study. *J Health Popul Nutr* 2009; 27:184.
43. Gonsalves, MP. Entregar-se a Deus: mulheres vítimas de violência obstétrica. In: CONGRESSO NORDESTINO DE CIÊNCIAS DA RELIGIÃO E

- TEOLOGIA, 3, 2016, Recife. Anais [...]. Recife: UNICAP, 2016. p. 1109-1124. p. 1112. Disponível em: <http://www.unicap.br/ocs/index.php/cncrt/cncrt/paper/view/311/94>. Acesso em: 7 abr. 2023.
44. Coimbra JR, Carlos EA, Garnelo L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
45. Dos anjos, JC. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
46. Valdez-Santiago, R, Arenas, Rojas A, Del Rio A (2018). A estratégia para a promoção do bom atendimento nas maternidades mexicanas: a resposta do ministério da saúde contra o abuso e o desrespeito ao parto. *Prevenção de Lesões*, 24(A), 106–107.
47. Zanchetta MS, Santos WS, Souza, KV, Pina VR Hwu H, Stahl H, Argumedo SH, Osei-Boateng J, Zimmerma R, Pena ED, Cabral IE, Carvalho ALO, Pereira AV, Vieira BDG, Alves V, Felipe ICV, Guruge SA, Costa E, Escobar HP. (2021). Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra. *Escola Anna Nery*, 25(5), e20200449. Epub 25 de agosto de 2021.