



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ANASTÁCIA COSTA BATISTA**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EXPERIÊNCIAS DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**BRASÍLIA – DF  
2022**

ANASTÁCIA COSTA BATISTA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EXPERIÊNCIAS DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no  
Curso de Graduação em Enfermagem, da  
Universidade de Brasília, como requisito parcial  
para a obtenção de título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos.

BRASÍLIA – DF  
2022

ANASTÁCIA COSTA BATISTA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EXPERIÊNCIAS DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a banca examinadora para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 23/09/2022

---

Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos  
(Orientadora)

---

Profa. Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo  
(membro efetivo)

---

Profa. Dra. Juliana Machado Schardosim  
(membro efetivo)

---

Enf.SES/DF/Mestranda PPGENF/UnB Pâmella Padilha Brito  
(suplente)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus e à minha Santa Anastácia por sempre me guiarem no caminho certo e me protegerem.

Gostaria de agradecer à minha mãe Júnia, ao meu pai Roberto e aos irmãos Krystal e Artur por serem minha base e fortaleza. Vocês dão sentido à minha vida. Tudo que tenho, sou e conquisto eu devo a vocês e ao apoio e amor incondicional que sempre recebi. Obrigada por me ensinarem a correr atrás dos meus sonhos e estarem comigo em cada passo da minha jornada. Agradeço especialmente aos meus pais, que dedicaram e sacrificaram tanto de suas vidas a garantir que seus filhos realizassem o maior sonho da vida deles: estudar na melhor universidade de Brasília, a UnB.

Gostaria de agradecer ao meu companheiro e parceiro de vida Caio, por ser a luz da minha vida e fazer de todos os meus dias mais felizes e especiais. Obrigada por escolher compartilhar seus dias comigo e me ensinar o significado da palavra amor.

Obrigada às minhas grandes amigas e irmãs que a vida me deu: Letícia, Gabriela e Pâmela, por há 13 anos deixarem meus dias mais alegres e inesquecíveis. Vocês trazem cor para minha vida e me fazem ser a melhor versão de mim mesma.

Obrigada mais que especial aos meus parceiros e melhores amigos Gabriel e Juarez, vocês foram os melhores presentes que a Unb poderia me dar. Compartilhar minha caminhada acadêmica aos lado de vocês foi uma honra e privilégio, obrigada por me fazer uma pessoacada dia melhor e terem estado ao meu lado nos melhores e piores dias.

Obrigada ao meu grupo de estágio pelos aprendizados, histórias e companheirismo que compartilhamos nesse último semestre. Vocês fizeram meus dias mais leves e enriquecedores.

Obrigada ao meu cachorro, Forrest Gump, que é meu grande amigo e família.

E, por fim, gostaria de agradecer à minha grande mentora, professora e modelo de profissional, Walterlânia Silva Santos, por todos os aprendizados, conselhos, oportunidades e conversas que mudaram minha vida e me encaminharam ao caminho que quero seguir. A senhora é o meu exemplo de enfermeira e profissional, aprender ao seu lado foi uma honra e privilégio que nunca serei capaz de agradecer o suficiente. Obrigada por me ensinar com tanto carinho,

paciência e excelência. Devo o meu sucesso nessa caminhada a senhora e aos seus direcionamentos.

Obrigada a todos que, de alguma forma, me ajudaram a chegar ao fim dessa jornada e me fizeram uma pessoa e futura enfermeira melhores.



## Análise da produção científica sobre experiências da violência obstétrica

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica disponível acerca de como a violência obstétrica (VO) afeta a experiência da mulher no parto. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Utilizou-se a estratégia de busca: (obstetric violence) AND (experience) AND (parturition) nos metabuscadores BVS e PubMed em maio de 2022. Identificaram-se 200 artigos na busca inicial, sendo 32 deles selecionados como amostra final da revisão. Emergiram as seguintes categorias: Experiência com a VO; Tipificação da VO; Formação profissional; Repercussões da VO. Os tipos de VO abordados pelos estudos inclui física, verbal, psicológica, sexual, discriminação, falta de informação, consentimento, confidencialidade, privacidade e negligência. Os estudos que incluíram profissionais de saúde revelaram que esses indivíduos identificaram/realizaram práticas de VO. Os estudos revelaram a insatisfação das mulheres com a assistência em saúde, descrevendo sentimentos negativos para definir sua experiência de parto. Desse modo, a visibilidade de experiências de VO pode subsidiar ações para (re)definição de processos de trabalho, assim como alertar mulheres sobre práticas desnecessárias junto ao binômio mãe-criança, em prol de assistência de saúde humanizada.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; experiência; parto.

### ABSTRACT

*This study aimed to analyze the scientific production available on how obstetric violence (OV) affects the experience of women in childbirth. This is an integrative literature review, using the search strategy: (obstetric violence) AND (experience) AND (parturition) in the search engines BVS and PubMed in May 2022. 200 articles were identified in the initial search, 32 of them were selected as the final sample of the review. The following categories emerged: OV experience; OV typification; professional training; OV repercussions. The types of OV addressed by the studies include physical, verbal, psychological, sexual, discrimination, lack of information, consent, confidentiality, privacy and negligence. The studies that included health professionals revealed that these individuals identified/performed OV practices. The studies revealed the dissatisfaction of women with health care, describing negative feelings to define their childbirth experience. Thus, the visibility of OV experiences can subsidize actions for the (re)definition of work processes, as well as alert women about unnecessary practices along the mother-child bondage, in order to provide humanized health care.*

**Keywords:** obstetric violence; experience ; parturition

## INTRODUÇÃO

Até o século XVIII, o parto se tratava de um evento protagonizado por mulheres e realizado em ambiente intradomiciliar com parteiras, de forma natural e centrada no papel da mulher. Porém, ao final do século XIX, o parto foi transformado em evento patológico e com a presença de procedimentos da prática médica. Assim, o trabalho de parto (TP) e parto passa a ser conduzido por médicos homens, incluindo intervenções que, com o tempo, mostraram-se prejudiciais e inadequados na assistência à mulher, aumentando os riscos de desfechos negativos para o binômio mãe-bebê (ZANARDO et al,2017). Desse modo, identificou-se que as consequências dessas ações desnecessárias se constituem como violência obstétrica (VO).

A VO é utilizada para categorizar tipos de violências e abusos cometidos durante a assistência obstétrica por parte dos profissionais de saúde e se trata de qualquer dano originado do cuidado obstétrico profissional no atendimento à mulher (TESSER et al; 2015). Esse conjunto de desrespeitos e abusos (D&A) incluem maus tratos e violência física, verbal, psicológica, sexual, negligência, intervenções sem consentimento e realizadas de maneira desnecessária e danosa, procedimentos realizados sem explicação prévia, recusa da presença de acompanhante, episiotomia, imobilização e contenção durante o parto, manobra de Kristeller, administração de ocitocina para acelerar o progresso do TP, excesso de exames de toque vaginal, exigência de posição litotômica durante o parto, falta de privacidade e entre outras condutas assistenciais que violem a integridade psicológica e física da mulher (WHO, 2015).

A VO como problema de saúde pública foi ressaltada pela declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugeriu medidas para que se elimine os desrespeitos contra as mulheres nessa condição. São elas: 1) maior apoio dos governos no desenvolvimento social para a pesquisa e ação na luta contra o desrespeito e os maus-tratos; 2) iniciar, apoiar e firmar programas desenhados para aumentar a qualidade da assistência na saúde materna, priorizando o cuidado respeitoso como ferramenta essencial da qualidade da assistência; 3) destacar os direitos das mulheres ao cuidado digno e respeitoso durante toda a gravidez e o parto; 4) efetuar dados relacionados às práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com a presença de sistemas de responsabilização e suporte significativo aos profissionais; 5) englobar todos os envolvidos, incluindo as mulheres, no empenho em aumentar a qualidade da assistência e extinguir o desrespeito e as práticas abusivas (WHO,2015).

A gravidade desse quadro no Brasil, em números, revela que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (LANSKY et al;2019). Vale destacar que as taxas de cesáreas alcançam cerca de 56% dos partos na população geral (ZANARDO et al; 2017). Contudo, a taxa de cesárea recomendada pela OMS é de 10-15% (OMS,1996), visando a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de diminuir desigualdades no atendimento obstétrico, o Ministério da Saúde lançou o programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), em que os direitos e humanização se estabelecem como base para uma estratégia de mudanças no modelo assistencial (BRASIL, 2000).

Entendendo a complexa natureza da VO na assistência obstétrica à mulher e suas repercussões nos mais diferentes níveis em como o parto é vivenciado pela mulher, este estudo teve como objetivo analisar a produção científica disponível acerca da experiência da violência obstétrica (VO) pela mulher no parto.

## METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa (RI) da literatura sobre como a violência obstétrica afeta as experiências das mulheres no parto.

A RI de literatura permite a síntese e resumo das informações e conhecimentos já agrupados e produzidos, possibilitando o avanço e progresso da atenção e evidências em saúde. Ela tem como vantagem fornecer, de forma mais rápida e prática, os resultados mais relevantes dos estudos sobre o tema em questão, para os profissionais da área da saúde basearem suas condutas e tomadas de decisões, produzindo por fim atitudes e conhecimentos críticos que permitem a melhoria da prática clínica (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Para a elaboração de uma RI de literatura, é necessário que se percorra seis etapas: 1) a identificação do tema e a elaboração da pergunta norteadora; 2) o estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão de estudos e busca na literatura; 3) a coleta de dados e a categorização dos estudos; 4) a análise crítica e a avaliação dos estudos incluídos; 5) a discussão dos resultados; 6) a apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a elaboração desta RI foi formulada a questão a partir do acrônimo PICO, em que P (Population) neste estudo definiu-se por mulheres; I (Intervention), referente a violência obstétrica; C (Comparison): não aplicável; e O (Outcomes), diz respeito à experiência no parto. Assim, construiu-se a questão: há evidências de que a violência obstétrica afeta a experiência da mulher no parto?

Para realizar a busca foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (obstetric violence) AND (experience) AND (parturition), nos metabuscadores BVS e PubMed em maio de 2022.

Os critérios de inclusão foram: textos disponíveis on-line na íntegra, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. E critérios de exclusão: duplicatas e artigos que não responderam à questão de pesquisa.

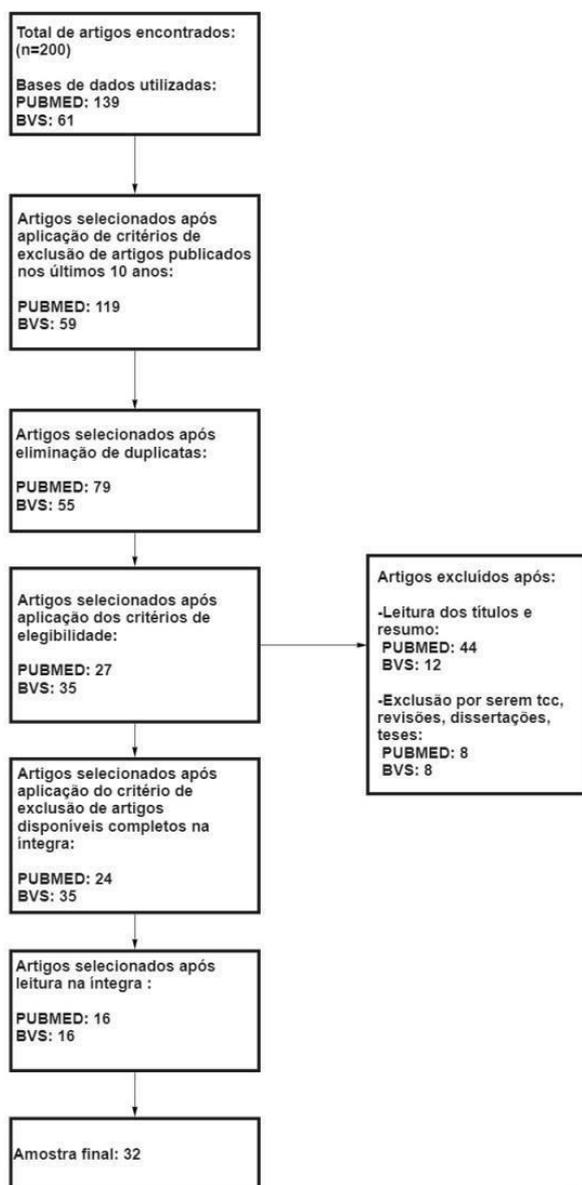
Os artigos resultantes dessa busca foram organizados em gerenciador de referências. A seleção dos estudos consistiu em três fases: leitura dos títulos, leitura dos resumos dos artigos selecionados pelo título, a terceira fase correspondeu à leitura na íntegra. Essas fases foram realizadas com dupla checagem.

Os estudos selecionados foram agrupados em categorias a partir de instrumento de coleta, que derivou o Quadro 1.

## RESULTADOS

Identificou-se 200 artigos na busca inicial, sendo 32 deles selecionados como amostra final da revisão após a aplicação dos critérios de elegibilidade, cujo processo seguiu orientações PRISMA (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma segundo critérios de seleção PRISMA



Fonte: Elaborado pelas autoras.

**Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados como amostra final desta revisão**

Ano/Ordem/Título	Objetivo	Tipo de Estudo / Amostra	Resultados
2022 [1]Obstetric violence a qualitative interview study	Investigar o significado do conceito de 'violência obstétrica' para mulheres na Suécia, que relataram uma experiência negativa de parto	Qualitativa. 12 Mulheres	As mulheres descreveram que se sentiram submetidas a tratamento desumano, abuso e ameaças de violência; ainda que as parteiras forçavam suas pernas a se separarem para exames vaginais, e se sentiam como prisioneiras na sala de parto. Com sentimentos de pânico e ansiedade. As informantes compararam a experiência do parto ao estupro.
2022 [2]The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network	Avaliar as percepções positivas e negativas das mulheres que dão à luz em uma das 23 maternidades da região do Pays de la Loire, na França	Quantitativo. 2135 mulheres.	7,3% das mulheres relataram experiência ruim. A falta de informação e a ausência de solicitação de consentimento por parte dos profissionais de saúde foram associadas a uma pior experiência de parto
2019 [3]Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth.	Analisar as vivências de mulheres relacionadas à assistência perinatal.	Quantitativo. 8.378 mulheres	Durante a internação, 81% das mulheres sofreram violência ou abuso da equipe médica, com destaque para realização de procedimentos médicos sem consentimento prévio. 25% comentários inapropriados feitos pela equipe, 20% tratamento indiferente, 19,3% equipe não cuidou adequadamente de sua intimidade
2019 [4]How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys	Desenvolver e implementar ferramentas validadas e informadas 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.	Quantitativo, 2.016 observações e 2.672 mulheres.	O abuso físico e verbal atingiu o pico de 30 minutos antes do nascimento até 15 minutos após o nascimento (observação). Muitas mulheres não consentiram com a episiotomia ou cesárea, apesar de receber esses procedimentos. 5,0% mulheres ou seus bebês foram detidos na unidade porque não puderam pagar a conta.
2021 [5]Disrespect and Abuse in Obstetric Care in Mexico: An Observational Study of Deliveries in Four Hospitals	Identificar e descrever a frequência e as características das práticas de desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto em quatro hospitais em dois estados mexicanos	Misto. 867 mulheres.	18,8% das mulheres sofreram pelo menos um evento de desrespeito e abuso. 39,4% agressões verbais, 32% agressões físicas e 28,6% discriminação. Na maioria dos casos, as mulheres não deram consentimento para procedimentos invasivos não recomendados e não receberam informações adequadas para esses procedimentos
2012 [6]El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una	Compreender as representações e práticas relacionadas ao parto e descrever as experiências de mulheres durante o	Qualitativa. 36 mulheres, 10 acompanhantes; 9 obstetras	Geralmente, as mulheres com vestes abertas durante TP. O exame médico e a observação foram constantes antes da iminência do parto por vários profissionais e estudantes. As declarações das mulheres forneceram indícios de que não sabiam a razão

perspectiva antropológica	evento		pela qual realizaram a ruptura das membranas. Elas sentiam a necessidade de se autocensurar em não gritar na tentativa de não serem vítimas do abuso da equipe
2018 [7]Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan	Estimar a prevalência de maus-tratos e tipos de maus-tratos entre mulheres que dão nascimento em instalações e ambientes domiciliares no Paquistão	Quantitativa. 1.334 mulheres	97% das mulheres relataram experimentar pelo menos um comportamento desrespeitoso e abusivo. As experiências de maus-tratos foram: cuidado não consentido (81%); direito à informação (72%); cuidados não confidenciais (69%); abuso verbal (35%); abandono de cuidados (32%); atendimento discriminatório (15%); e físico abuso (15%)
2019 [8]Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes	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	Misto. 555 mulheres	46,4% ficaram na posição litotômica, 23,7% manobra de Kristeller, 30,4% episiotomia, e a realização desse procedimento não foi informada para 35,6% das mulheres. 12,6% responderam que sofreram violência no parto, 4,5% relataram não saber se houve violência
2020 [9]Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy	Estimar a prevalência de maus-tratos durante o parto (MDCB), avaliar a experiência subjetiva das mulheres e identificar os fatores associados ao MDCB	Quantitativo, 1149 mulheres	506 mulheres (44%) relataram maus-tratos durante o parto. O MDCB relatado foi principalmente falta de pesquisa e/ou respeito ao consentimento (21,5%), falta de informação satisfatória para pelo menos um procedimento (14,4%), declaração de desrespeito ao cumprimento dos padrões profissionais de atendimento (24,2%), relacionamento inadequado entre mulheres e provedores (11,1%)
2021 [10]Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães	Investigar a experiência denominada violência obstétrica no relato de mães	Qualitativo, 15 mulheres e 15 homens	O acompanhante foi impedido de entrar na sala de parto, o que parece ter potencializado vivências de desamparo. Uma das participantes narra uma experiência similar a um estupro. A episiotomia foi citada como uma vivência de VO. A separação de seus filhos imediatamente após o parto foi percebida como uma violência
2022 [11]Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India	Compreender como as mulheres vivenciam e atribuem significado ao respeito, desrespeito e abuso durante o parto e documentar as expectativas das mulheres de cuidado respeitoso	Qualitativo. 8 mulheres	Experiências negativas incluíram intervenções não consentidas, incluindo vários exames vaginais por diferentes profissionais, episiotomia sem anestesia, reparos e exploração uterina, abuso verbal, físico, sexual, extorsão, detenção e falta de privacidade. Os abusos verbais e extorsões foram os maus-tratos mais comuns. Os comentários de alguns profissionais de saúde foram tão repugnantes que as mulheres se recusaram a repetir suas palavras

<p>2017 [12]Violência obstétrica em mulheres brasileiras</p>	<p>Verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras</p>	<p>Quantitativo. 1626 mulheres adultas</p>	<p>52,3% das gestantes no parto sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% sentiu-se exposta e sem privacidade, 29,7% teve o contato com seu bebê adiado, 23,8% Toques vaginais realizados por diferentes profissionais, 20,7% tiveram episiotomia; 18,6% tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocasse seu bebê, 14% manobra de Kristeller, 12,8% realização de procedimentos sem seu consentimento</p>
<p>2018 [13]When helpers hurt: women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka</p>	<p>Explorar como idade, posição social ou classe e antecedentes linguísticos e culturais se cruzam e colocam as mulheres em diferentes posições de controle e vulnerabilidade à violência obstétrica em instituições de saúde estaduais no distrito de Colombo, Sri Lanka</p>	<p>Qualitativa. 28 parteiras e 38 gestantes</p>	<p>maus-tratos e experiências abusivas levaram as mulheres a desconfiar das unidades e provedores de saúde obstétrica. Uma mulher relatou ter sido sexualmente violada por um funcionário do hospital no centro cirúrgico. As mulheres do presente estudo tinham a percepção de que eram tratadas de forma diferenciada no trabalho de parto em hospitais estaduais, dependendo de suas condições financeiras, origens linguísticas, culturais e status social</p>
<p>2022 [14]An exploratory study of client and provider experience and perceptions of facility-based childbirth care in Quiché, Guatemala</p>	<p>Avaliar as percepções e experiências das mulheres sobre assistência ao parto e da experiência dos profissionais de saúde de atendimento em três hospitais e comunidades vizinhas no departamento de Quiché</p>	<p>Misto. 31 profissionais de saúde e 140 puérperas.</p>	<p>21,4% das mulheres relataram abuso verbal. 55% e 12% das mulheres, respectivamente, relataram não ter acesso a banheiro privativo e banheira ou chuveiro. Os profissionais de saúde corroboraram aspectos negativos do atendimento descritos pelas mulheres e também relataram maus-tratos aos profissionais de saúde por clientes e familiares. As formas de maus-tratos mais comuns relatadas pelas mulheres pesquisadas foram abuso verbal 21,4% repreender, gritar, insultar; 17,1% discutir informações privadas; 15,4% manobra de Kristeller e 5,7% ameaças que o bebê não seria saudável se ela não cumprisse as orientações</p>
<p>2019 [15]O saber de puérperas sobre violência obstétrica</p>	<p>Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica</p>	<p>Qualitativo. 17 puérperas</p>	<p>As mulheres conhecem VO por meio de alguns exemplos. Algumas parturientes que descrevem vivências de VO por tratamento grosseiro marcado pela impaciência e desrespeito do profissional</p>
<p>2017 [16]Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: Implications for measurement and developing intervention</p>	<p>Descrever os tipos de maus-tratos experimentados pelas mulheres durante o parto e os motivos percebidos desses maus-tratos no Quênia.</p>	<p>Qualitativo. 50 mulheres, 63 formuladores de políticas, gerentes e provedores de saúde 10 grupos focais com mulheres e homens</p>	<p>As mulheres descreveram frustração com a falta de confidencialidade e autonomia; abandono por parte dos provedores e maternidades sujas. Os profissionais de saúde admitem os desafios, mas descrevem as razões do aparente abuso, como tapa nas coxas para incentivar as mulheres a se concentrarem no processo de parto. No nível das instalações, a supervisão gerencial deficiente, a desmotivação do</p>

			provedor e a falta de equipamentos e suprimentos contribuem para uma experiência ruim de atendimento
2017 [17]Is the doctor God to punish me?! An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia	Examinar as autopercepções e experiências de parto de mães solteiras nos serviços públicos de saúde da Tunísia e aplica uma abordagem interseccional para analisar sua conexão com os efeitos entrelaçados das relações de gênero e classe social	Qualitativo. 11 mulheres	As participantes vivenciaram práticas desrespeitosas, discriminatórias e violentas ao procurarem os serviços de saúde materna nos serviços públicos de saúde com violência física psicológica e verbal, incluindo insultos, broncas, humilhações, ameaças dos profissionais de saúde que também violaram sua privacidade, espancados nos quadris, esbofeteados no rosto e ter marcas de dedos em seus corpos
2018 [18]Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care	avaliar a prevalência e os determinantes do desrespeito e abuso (D&A) durante o parto na zona rural de Gujrat, Paquistão	Quantitativo. 360 mulheres	99,7% mulheres vivenciaram D&A no parto. No entanto, apenas 27,2% relataram experiência subjetiva de D&A. O risco de notificação de D&A foi duas vezes nas unidades de saúde públicas em comparação com as privadas. As mulheres que relataram D&A eram mais propensas a optar por mudar o local do parto para a próxima vez. O D&A mais relatado foi o cuidado não digno (12,2%) enquanto o D&A mais experienciado foi o cuidado não consentido. Em 61,9% dos casos, um ou mais funcionários/prestadores de serviço exigiram dinheiro extra como forma de agradecimento
2017 [19]Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: A qualitative study	Examinar a natureza do desrespeito e abuso na assistência obstétrica durante o trabalho de parto e parto na área de Debre Markos	Qualitativa. 45 parteiras, estudantes de obstetria e mulheres	Tanto os profissionais de saúde quanto as pacientes relatam abuso físico e verbal frequente, bem como cuidados não consentidos durante o trabalho de parto e parto. Os provedores relatam que a maioria dos abusos não é intencional e resulta de deficiências no sistema de saúde ou de necessidade médica. As respostas dos pacientes sugerem que as mulheres estão cientes de que seus direitos estão sendo violados e evitam instalações com reputação negativa. As mulheres se queixaram da falta de privacidade, devido à falta de cortinas, e do número de alunos que observam partos como parte de seu treinamento
2019 [20]Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico	Explorar a construção social que as mulheres Tének e Náhuatl do México elaboraram sobre a violência obstétrica.	Qualitativo. 57 mulheres	Participantes não possuem informação suficiente sobre VO e/ou direitos sexuais e reprodutivos, o que as impossibilita de associar suas experiências negativas a VO. As mulheres identificaram como violento o toque vaginal, além da falta de privacidade. As mulheres identificaram como atendimento desagradável (sem vê-lo como violência obstétrica), realização da episiotomia sem informar.

			Houve relatos de verbalização de frases pelos profissionais de saúde visando desqualificar a dor da mulher.
2018 [21]Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth	Comparar dois métodos para medir D&A e destacar a diferença entre a prevalência de D&A medida por autorrelato das mulheres versus observação de terceiros	Misto. 232 mulheres na linha de base e 237 mulheres na linha final saída. Totalizando 469 mulheres.	Os observadores relataram mais D&A do que as próprias mulheres. A prevalência de qualquer D&A observada foi de 69,83% e no autorrelato 9,91%. O item mais relatado em ambas foi gritar ou repreender. Um segundo tipo de violação observado ameaça de reter o tratamento ou outros negativos
2021 [22]Women's experience of disrespect and abuse during institutional delivery in biratnagar, nepal	Conhecer a experiência de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante o parto institucional	Quantitativo. 327 mulheres	100% mulheres sofreram pelo menos um tipo de desrespeito e/ou abuso durante TP e parto, com destaque para cuidados não consentidos, dignos e não confidenciais. Etnia, religião, local de parto e número de filhos vivos foram os principais preditores de denúncia de desrespeito e abuso. 97,9% relataram que não foram incentivadas fazer perguntas
2018 [23]Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey	Medir a frequência de experiências abusivas relatadas durante o parto em instalações de saúde em oito unidades de saúde na Tanzânia e examinar os fatores associados	Quantitativo. 1779 mulheres	Os eventos mais comuns de VO no seguimento foram ser ignorada, ser xingada e receber comentários negativos ou ameaçadores. 5,1% das mulheres foram esbofeteadas ou beliscadas e 5,31% deram à luz sozinhas. Entre 19% e 28% das mulheres sofreram tratamento desrespeitoso e/ou abusivo por parte dos profissionais de saúde durante o parto
2018 [24]Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study	Desenvolver uma definição baseada em evidências, critérios de identificação e duas ferramentas de medição para melhor compreender e mensurar os maus tratos, com base nas experiências e percepções de mulheres, profissionais de saúde e administradores em ambientes de atenção à maternidade	Qualitativa. 110 mulheres	Os principais tipos de maus-tratos identificados foram: abuso verbal (gritos, insultos e comentários depreciativos), abuso físico (beliscar, tapa) e abandono e falta de apoio. Os maus-tratos eram comuns durante a segunda fase do trabalho de parto, especialmente entre as adolescentes. Incapacidade de empurrar bem durante o segundo estágio, desobediência às instruções das parteiras e não trazer os itens prescritos para o parto muitas vezes precederam os maus-tratos. A maioria das mulheres indicou que tapas e beliscões eram meios aceitáveis para "corrigir" comportamentos desobedientes e encorajar empurrar. A maioria das mulheres não tinha opiniões fortes sobre maus tratos durante o parto
2019 [25]Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique	Abordar as experiências e a satisfação das mães com os cuidados durante o parto	Quantitativa. 4.358 mulheres	6,3% desrespeito ou humilhação; 4,2% solicitação de pagamento informal; 1,7% abuso físico; 10% relataram ter se sentido abandonados quando precisaram de ajuda. Além disso, relataram maiores níveis de insatisfação

<p>2018 [26]Exploring mistreatment of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: Experiences and perceptions of women and healthcare providers</p>	<p>Explorar as experiências e percepções de pacientes do sexo feminino e profissionais de saúde sobre maus-tratos de pacientes do sexo feminino durante o parto</p>	<p>Qualitativo. 110 mulheres</p>	<p>Maus-tratos, como abuso verbal, abuso físico, negligência, discriminação, abandono, má relacionamento e falha do sistema de saúde em manter os padrões profissionais foram relatados. O abuso físico foi descrito como espancamentos e tapas. A experiência de medo, pânico, sensação de desamparo, amargura e dor psicológica. As mulheres descreveram falta de cuidados de suporte, bem como desatenção e insensibilidade em relação às suas experiências de dor</p>
<p>2018 [27]Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in BenueState, Nigeria</p>	<p>Explorar como as mulheres percebiam suas experiências de D&amp;A durante a gravidez, parto e período pós-natal no estado de Benue, Nigéria; e como as mulheres viam o impacto de D&amp;A no uso futuro de unidades de saúde para assistência à maternidade</p>	<p>Qualitativa. 32 mulheres</p>	<p>Os participantes perceberam incidentes como gritos e uso delinquagem abusiva como uma prática comum. A vivência sistemática de agressões verbais por parte dos profissionais de saúde, tornando-as uma prática normativa para as mulheres, testemunhar outras mulheres vivenciando tais incidentes. Algumas mulheres relataram que essas experiências destruíram seus sentimentos de autoestima e as fez sentir que não eram tratadas como seres humanos</p>
<p>2020 [28]Violência obstétrica na percepção de múltiparas</p>	<p>Conhecer a percepção das múltiparas acerca das suas experiências com a violência obstétrica</p>	<p>Qualitativo. 20 mulheres</p>	<p>A banalização da dor foi a primeira violência sofrida. Notou-se que a VO apresentou relação com o elevado número de filhos. O fato de não ser o primeiro filho parecia fornecer mais autoridade para a equipe de saúde agredir as mulheres. As primíparas com violência verbal para colaborarem no período expulsivo do parto</p>
<p>2016 [29]The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania</p>	<p>Avaliar prevalência de comportamentos desrespeitosos e abusivos durante o parto em unidade hospitalar na Tanzânia</p>	<p>Misto. 1.914 mulheres</p>	<p>15% das mulheres relataram ter experimentado pelo menos um caso de D&amp;A no hospital. 70% das mulheres relataram qualquer experiência de D&amp;A depois da alta hospitalar. Observações diretas altas taxas de comportamentos desrespeitosos e abusivos. Durante a entrevista pós-parto, apenas 1,2% das entrevistadas relataram estar um pouco ou muito insatisfeitas e 28,6% durante o acompanhamento na comunidade</p>
<p>2018 [30]If we're here, it's only because we have no money. discrimination and violence in Mexican maternity wards</p>	<p>Analisar experiências de discriminação estrutural de gênero contra as mulheres durante a assistência ao parto em dois hospitais públicos no México</p>	<p>Misto. 512 mulheres e 31 profissionais de saúde</p>	<p>As narrativas dos profissionais de saúde entrevistados continham expressões de discriminação em saúde relacionadas a pobreza, ignorância, não compreensão de instruções e ser mulher. As mulheres se percebiam comopertencentes a uma classe social baixa e comportaram-se passivamente com a equipe durante a internação. A prevalência de abuso atingiu 29%. Os profissionais de saúde que abusarameram enfermeiros (40%) e médicos (30%). A maioria das mulheresentrevistadas não se via como cidadã de direitos</p>
	<p>Explorar prevalência</p>	<p>Quantitativo.</p>	<p>74% das mulheres relataram maus-</p>

2019 [31]Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia	de maus-tratos a mulheres em unidades de saúde pública da Etiópia e identificar os fatores associados	379 mulheres	tratos. 72% não cumprimento dos padrões profissionais de atendimento e o relacionamento entre mulheres e provedores. Mulheres entrevistadas em centros de saúde comparadas às de hospitais apresentaram maior chance de relatar maus-tratos
2019 [32]Understanding mistreatment during institutional delivery in Northeast Nigeria: A mixed-method study	Explorar a qualidade dos cuidados relacionados à prevalência e manifestações de maus-tratos durante o parto institucional no estado de Gombe, nordeste da Nigéria, uma área de baixa cobertura de parto institucional	Misto. 342 mulheres	66% das mulheres após o parto relataram pelo menos uma dimensão de maus-tratos. Maus-tratos relacionados às condições e restrições do sistema de saúde foram relatados em 50% dos partos. As mulheres expressaram frustração, pois foram culpadas por maus resultados do parto, discriminadas por causa de sua origem, dar à luz sem assistência ou com apoio inadequado, ou ser cobrado uma quantia injustificada de dinheiro

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Identificou-se que os anos com maior publicação foram 2018 (28,12%) e 2019 (25%). Dentre os estudos, 43,75% eram de abordagem qualitativa, 34,37% quantitativa, 21,87% misto. 5 artigos foram produzidos na América do Sul – Brasil(5), 4 na Europa, 5 na Ásia, 5 na América do Norte e 13 no continente Africano – Gana(1), Nigéria(2), Quênia(2), Tunísia(1), Etiópia(2), Tanzânia(3), Moçambique(1), artigo multicêntrico abrangeu Gana/Guiné/Nigéria(1).

Sobre os tipos de violências obstétricas presentes e identificadas em cada estudo: em 30 dos artigos houve violência física (93,75%); 29 violência verbal (90,62%); 23 negligência (71,88%); 10 falta de confidencialidade (31,25%); 18 falta de informação (56,25%); 21 falta de consentimento (65,62%); 16 discriminação (50%); 1 violência sexual (3,12%); 16 falta de privacidade (50%); e em 12 violência psicológica (37,5%).

Os principais agentes da VO apontados foram médicos, enfermeiros e residentes. A maioria dos casos ocorreu no sistema público de saúde, e todos durante o parto e trabalho de parto (TP), havendo casos de violência e abuso relatados também em momentos antes (admissão) e depois do TP.

Ao analisar os artigos selecionados como amostra final desta RI, percebeu-se a concomitância de mais de um tema nos artigos. A partir da análise crítica dos mesmos, elencou-se quatro temas preponderantes: Experiência com a VO; Tipificação da VO; Formação profissional; Repercussões da VO.

## DISCUSSÃO

### Experiência com a VO

Estudos desta revisão (1-4,6,9,10-15,17,19-20,22,24-28,30,32) descreveram sentimentos de mulheres com uma experiência negativa no parto como: humilhação, discriminação, constrangimento, frustração, vergonha, silenciamento, entre outros. A experiência de parto chegou a ser comparada com estupro (1).

A satisfação da experiência do parto pelas mulheres é complexa e multifacetada para ser analisada. O apoio, assistência contínua e humanizada durante o parto melhoram a experiência, satisfação e os desfechos maternos e neonatais. Investir em estrutura física adequada, atendimento humanizado, mínimo de intervenções possíveis e a presença de um acompanhante com a mulher se reflete no aumento da satisfação e melhora dos desfechos

clínicos (FREEDMAN et al, 2014; HODNETT et al,2017; CARQUILLAT et al, 2016; HENRIKSEN et al,2017; ANNBORN; FINNBOGADÓTTIR, 2022).

O parto é um dos eventos mais marcantes na vida de uma mulher, podendo ser descrito e recordado de maneira positiva e com sentimentos como felicidade e crescimento pessoal. Porém, muitas mulheres têm a experiência do parto como algo negativo e traumático em suas vidas, com a presença de sentimentos como solidão, medo, desamparo e decepção. Esses sentimentos de vulnerabilidade durante o parto as fazem muitas vezes sentirem emoções negativas e traumáticas, principalmente quando o medo natural de parir se funde às experiências de violência do parto (HENRIKSEN et al, 2017; GARTHUS-NIEGEL et al, 2014; HILDINGSSON, 2015). Por isso que fatores como: percepção de dor durante o TP, complicações, intervenções realizadas, informações recebidas, expectativas para o próximo parto, sensação de autonomia e controle interferem na percepção da experiência do parto. Um desfecho clínico negativo para mãe ou bebê não é o único fator capaz de interferir na satisfação e em como o parto foi vivenciado. Fatores como sentir-se protegida, ouvida, cuidada e amparada durante o TP podem transformar até mesmo um parto com complicações em uma experiência positiva. A forma como as mulheres interpretam e absorvem essa experiência é subjetiva, sendo um dos principais fatores que influem nessa definição a forma como são atendidas pelos profissionais e em como isso as faz sentir, seja positivamente ou negativamente (HENRIKSEN et al, 2017; GARTHUS-NIEGEL et al, 2014; HILDINGSSON, 2015).

Para que se potencialize a satisfação das mulheres com o parto e qualidade do atendimento obstétrico, deve-se incluir quais condutas são consideradas pelas mulheres como mais importantes. Indicadores como apoio, relacionamento com o profissional e controle percebido são fatores que estão diretamente relacionados na construção da experiência de parto e TP (CARQUILLAT; BOULVAINM; GUTTIER, 2016, LARKIN et al, 2009).

O envolvimento das mulheres nas tomadas de decisões foi apontado como fator de proteção contra o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), assim como o sentimento de estar no controle e se sentirem livres para questionar à equipe quando necessário. O apoio de forma contínua também teve influência positiva na satisfação das parturientes durante o TP e parto (CARQUILLAT; BOULVAINM; GUTTIER, 2016; GURBER et al, 2012; HODNETT, 2000; DE SCHEPPER et al, 2016; SPAICH et al, 2013).

### **Tipificação da VO**

Os tipos de VO abordada pelos 32 estudos desta revisão inclui física, verbal, psicológica, sexual, discriminação, falta de informação, falta de consentimento, falta de confidencialidade, falta de privacidade e negligência. Apesar de uma forma de VO ter correlação com outra(s), vale destacar aspectos que foram enfatizados pelas investigações.

Os tipos de VO mais identificados foram a física (93,75%), verbal (90,62%), negligência (71,88%) e falta de consentimento (65,62%). Nos estudos havia a concomitância de mais

de um tipo de violência, dado que mostra a gravidade da violência no cenário obstétrico, assim como se trata de uma prática mundial, visto que foram identificados em diferentes continentes.

Há tipificações diferentes dos tipos de VO. A OMS identificou sete tipos de VO que podem ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto. São eles o abuso verbal, sexual, físico, más condições do sistema de saúde, não cumprimento dos padrões profissionais de cuidado, discriminação (por classe social, condições médicas, idade e etnia) e relacionamento inadequado entre gestante e equipe (OMS, 2014; MADUREIRA;CARNEIRO,2021).

A classificação de VO permite a visibilidade para a temática, além de ser um instrumento necessário para fins didáticos (MARTINS;BARROS, 2016). Tanto que muitos estudos desta revisão destacaram que as mulheres não conseguiram identificar que foram vítimas de algum tipo de violência, seja por acreditarem que pelo bebê ter nascido sem complicações seria um sinal de atendimento positivo, ou porque os comportamentos dos profissionais de saúde foram classificados como rotineiros. Outros estudos revelaram a insatisfação das mulheres com a assistência em saúde, descrevendo sentimentos negativos para definir sua experiência de parto. A maioria não sabia como proceder para reivindicar seus direitos, mas foi sinalizado o medo de represálias e/ou sentimento de impunidade.

A falta de informação e violação ao seu direito, juntamente com a violência física, podem ser descritas como todas aquelas ações inadequadas e prejudiciais, que ocorrem sem o consentimento da mulher (BRANDT et al, 2018; DINIZ et al, 2015). A violência física se refere ao uso de ações e intervenções que violem de qualquer forma a integridade física da parturiente. (BRANDT et al, 2018; OMS, 2002; MARTINS;BARROS, 2016; DINIZ et al, 2015).

A violência sexual, no cenário obstétrico, pode se manifestar com situações de estupro, exibição constrangedora a atos de natureza libidinoso, manuseio/penetração genital, oral ou anal, falas de cunho erótico e qualquer interação sexual realizada pelos profissionais de saúde às mulheres (MADUREIRA;CORDEIRO, 2021).

A violência verbal e psicológica podem ser associadas a depreciação da mulher, ferindo sua identidade e autoestima. Esses tipos de violência podem estar muitas vezes camuflados em comentários irônicos (OMS, 2002; MADUREIRA;CORDEIRO,2021, MARTINS;BARROS, 2016).

A negligência pode ser caracterizada pela violência institucional de peregrinação em diferentes maternidades, abandono de cuidados durante a assistência ao parto, falta de uma estrutura física adequada e sanitária, falta de profissionais para atendimento e monitoramento, proibição da presença de acompanhante da escolha da mulher durante o parto, dentre outras (MARTINS;BARROS, 2016; BOWSER;HILL, 2010).

A discriminação diz respeito à assistência desigual baseada em diferenças de raça, gênero, classe social, idade, nível educacional, idioma, status sorológico, crenças e poder aquisitivo das mulheres. Estudos identificaram que os profissionais eram mais intimidadores com mulheres de grupos vulneráveis, escolhendo-as para o treinamento de procedimentos invasivos, por agregarem menos ao valor social dessas mulheres (MARTINS;BARROS, 2016; BOWSER;HILL,2010)

A falta de privacidade caracteriza-se tanto na exposição de seus corpos, quanto de dados confidenciais. Isso pode aumentar a discriminação dessas mulheres, gerando barreira de acesso aos serviços de saúde (BOWSER;HILL, 2010).

A falta de consentimento consiste na realização de procedimentos sem a permissão da mulher, mesmo quando não se tem indicação e contrariando o plano de parto, sendo, a elaboração do plano de parto uma estratégia de incentivar as mulheres a analisarem criticamente vantagens e riscos sobre procedimentos que desejam ou não, para a tomada de decisões consciente (BOWSER;HILL,2010; TESSER, 2015).

A Pesquisa Nascer no Brasil, que entrevistou mais de 23 mil mulheres, investigou intervenções realizadas nas maternidades e concluiu que apenas 26% das mulheres foram autorizadas a se alimentarem, 18,7% tiveram a presença de um acompanhante e 46% puderam se movimentar durante o parto. Somente em 5% dos partos foram realizados sem intervenção (LANSKY et al,2019; LANSKY et al, 2014). Esses dados iluminam o cenário obstétrico brasileiro, e podemos refletir que intervenções desnecessárias são rotina de serviços de saúde. Segundo as recomendações daOMS, o índice de episiotomia não deve ultrapassar 10% nos partos vaginais, pois há o risco aumentado de laceração perineal, hemorragia, infecção e incontinência fecal e urinária, além de poder causar problemas na vida sexual dessa mulher. Apontando as divergências das orientações da OMS, aonde o parto ocorreria da maneira fisiológica e sem a presença de procedimento realizado sem indicação (TESSER et al, 2015; OMS, 1996; BRANDT et al, 2018; ANDRADE et al, 2016).

A OMS indica 56 novas recomendações com o objetivo de reduzir o número de intervenções desnecessárias no cuidado obstétrico, com destaque para cuidados respeitosos, comunicação efetiva entre profissionais e mulheres, presença de um acompanhante da escolha da mulher ao longo do TP e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, incentivo da mobilidade e adoção da posição vertical durante o TP, ingestão de líquidos e alimentos durante o TP, clampeamento tardio do cordão umbilical , recém- nascidos (RN) sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento, incentivo a amamentação precoce e entre outras diversas recomendações que definem padrões ouro para o atendimento e condutas na assistência ao cuidado obstétrico (WHO, 2018).

### **Formação profissional**

Em 18 (1-12,14,20,28,30-32) dos artigos desta revisão houve falta de informação e explicação sobre procedimentos/intervenções realizadas pelos profissionais e em 21 ( 1-12,14,18-20,22,27,29-31) dos estudos houve falta de consentimento das mulheres para a realização dos mesmos.

Um dos fatores com maior responsabilidade sob o desenho atual da assistência obstétrica no Brasil deve-se a formação dos profissionais de saúde, principalmente os médicos. Pode-se analisar esse cenário sob a óptica em como a violência institucional se entrelaça pelas relações de poder e sua distribuição desigual. Ao analisar a relação de poder no âmbito da medicina percebe-se que sua origem advém da autoridade do sujeito médico/profissional em um status de grande autoridade sob os sujeitos em uma posição de vulnerabilidade. Essa autoridade médica baseia-se na legitimidade científica e no relacionamento de dependência estabelecida entre eles e a população pelo conhecimento detido, medo de represarias e desfechos negativos caso não respeitem ou obedeçam a essa autoridade (AGUIAR;D´OLIVEIRA,2011).

A humanização durante a formação dos profissionais de saúde deveria ter papel de destaque no ensino em saúde, com investimento suficiente para que se refletir na prática.

Para se discutir a humanização na assistência em saúde deve-se rediscutir: o respeito a questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual, entre outros; o modelo biomédico; diálogo entre usuários e profissionais; garantia de acesso à informação; criação de vínculos; participação coletiva na tomada de decisões juntamente com o usuário; valorização das questões sociais; educação permanente da equipe e comunidade em prol de colaborativas na atenção à saúde e entre outras ações que, se colocadas em práticas, terão impacto colaborativo em prol da atenção à saúde de forma humanizada (REGO et al, 2008).

A humanização na formação profissional é um movimento para além da reforma curricular ou de novos métodos, ela precisa estar presente na prática e no relacionamento entre estudantes, professores e instituição de ensino. Nos estudos analisados por esta revisão, as participantes relataram terem se sentidas abandonadas, violadas, discriminadas, desrespeitadas e usadas como objetos para treinamento dos profissionais de saúde. Além de não considerarem o sofrimento, os estudos enfatizaram que não foram dimensionados os riscos de práticas desnecessárias pelos profissionais (REGO et al, 2008; SOUZA et al, 2016; DINIZ et al, 2015).

A formação dos profissionais, principalmente médicos, tem grande responsabilidade pela manutenção do cenário atual de atenção à saúde e sua resistência a mudanças. Estudos apontam dados alarmantes sobre como os corpos femininos veem sendo objetificados a favor do treinamento e prática de residentes, com o incentivo de seus professores e supervisores (SOUZA et al, 2016; DINIZ et al, 2015).

Mulheres que se encontram em grupos vulneráveis, tais como negras, adolescentes, pobres, sem a presença de um acompanhante ou pré-natal, usuárias de drogas, trabalhadoras do sexo ou que vivem em situação de cárcere ou de rua são as mais propensas a serem vítimas de tratamento desrespeitoso por parte da equipe de saúde. A trivialização desse tipo de tratamento se deve aos estereótipos que persistem desde a formação desses profissionais e da lógica da desumanização no cuidado. O paciente é reduzido a sua doença (condição), e a relação que deveria ser entre duas pessoas, se torna unicamente entre profissional e doença (DINIZ et al, 2015; MATTAR; DINIZ, 2018)

A maioria dos estudos (6,13-14,16,19,26,30) que incluíram profissionais de saúde revelaram que esses indivíduos identificaram ou realizaram práticas que sabiam que se tratava de VO. E justificaram que tais comportamentos eram necessários para: bom andamento/desfecho do parto, que as mulheres se comportassem como eles desejavam, por sobrecarga de horas de trabalho e estresse advindo da pressão no ambiente de trabalho. Alguns profissionais desses estudos, quando questionados, sugeriram medidas de mudanças que poderiam ser realizadas para que esses tipos de comportamentos não se repetissem ou houvesse uma melhora no cenário de atendimento obstétrico, incluindo melhores condições de trabalho e diminuição da carga horária.

## **Repercussões da VO**

Em um estudo da amostra final desta revisão (10), houve relatos de mulheres que após vivenciarem uma experiência negativa e traumática de parto, desenvolveram sintomas e sofrimento psicológico como a depressão pós-parto e TEPT, muitas relataram sentirem medo de engravidar e passar novamente pela experiência de TP, relatando pânico de vivenciarem o parto em uma possível próxima gestação, interferindo diretamente em seu desejo de ter mais filhos.

A VO repercute na mortalidade e morbidade materna, dois indicadores que evidenciam a realidade da qualidade na assistência à mulher, e que refletem o atendimento do sistema de saúde às demandas. É contumaz nos serviços de saúde considerar mulheres que expressam sua dor por meio de gritos/choros como pacientes descontroladas, podendo ser tratadas de maneira desrespeitosa e/ou demorada pelos profissionais, como uma forma de puni-las. No entanto, esse atendimento moroso está relacionado à maior risco de morbimortalidade materna e questões interrelacionadas (DINIZ et al,2015, FOX, SHEEHAN; HOMER,2014).

Os sentimentos e interpretações das mulheres sob sua experiência de parto são fatores importantes para a análise do estado de saúde e seus desfechos. Uma experiência de parto considerada negativa tem impactos psicológicos, como sentimentos de desamparo, trauma, baixa autoestima e desempoderamento dessas mulheres, com possibilidade de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão pós-parto, afetar negativamente a conexão entre mãe e RN, e/ou influenciar no planejamento de futuras gestações (CARQUILLAT et al, 2016; POLACHEK et al,2014; DE SCHEPPER et al, 2016; GOTTVALL;WALDENSTROM, 2002; KINGSTON et al,2012).

Constitui-se como prevenção quaternária da VO, tanto ações de alcance nas políticas públicas, institucionais e sociais; quanto as familiares, individuais e comunitárias. Em território nacional apenas 40% das mulheres recebem informações sobre práticas e ações que beneficiam o TP, as orientações direcionadas a elas são mais focadas aos sinais de risco da gestação (TESSER et al,2015; SINGATA;TRANMER; GYTE, 2010; KLEIN,2011). Desse modo, faz-se necessário a orientação de meninas e mulheres quanto aos seus direitos, assim como suas famílias, aos procedimentos não recomendáveis, e como podem requerer aspectos legalmente garantidos, no sentido de ter partos seguros; dar visibilidade a VO, e responsabilização dos atores; fortalecer a autonomia de usuárias e famílias ;e investir na formação de recursos humanos na graduação e formação continuada se constituem em alternativas para o enfrentamento da VO e ,desse modo, minimizar essas repercussões na saúde mental de mulheres em futuras experiências (DINIZ et al, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A relevância de se abordar os impactos da VO nas experiências das mulheres no parto é imprescindível para o entendimento da origem, da complexidade, das formas da violência e de como afetam as mulheres.

Por isso que, analisar estudos sobre experiências de mulheres e sobre como a VO as afetou pode contribuir para a clarificação do cenário obstétrico e quais deficiências estão instaladas na rotina assistencial, assim como uma forma de proteger outras mulheres dessas vivências e munir profissionais, auxiliando-os para atualização sobre a temática.

Destaca-se a necessidade do incentivo da produção de mais estudos com enfoque nesta área de pesquisa, para que os gestores das instituições de saúde possam ter indicadores

gerais e específicos para planejar, coordenar e avaliar a qualidade dos serviços oferecidos, com possibilidade de mudanças no atendimento em saúde e alinhado com a realidade.

Espera-se que esse estudo possa auxiliar na sensibilização dos profissionais de saúde, e que assim, haja a minimização do sofrimento causado pela VO contra essas mulheres ao vivenciarem uma experiência negativa de parto, permitindo que se inspire a implementação de intervenções por pesquisadores da área, pelos profissionais assistenciais e gestores.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu. Impresso)**, v.15, p. 79-92, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/vvLz5TN8Hpzz9SXnKqth78j/?lang=pt>>
- ANDRADE P.O.N.; DA SILVA J.Q.P.; DINIZ C.M.M., CAMINHA M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.16(1), p.29-37, 2016 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029)>
- ANNBORN A., FINNBOGADÓTTIR H.R. Obstetric violence a qualitative interviewstudy; **Midwifery** v.105, 103212, 2022.
- BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis**. 2010. Harvard School of Public Health and University Research, Washington DC
- BRANDT G.P. et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista gestão & saúde**. v.19(1), p.19-37, 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>
- BRASIL, **Ministério da saúde**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), 2015.
- CARQUILLAT P.; BOULVAINM M.; GUTTIER M.J. Como o método de parto influencia os fatores que contribuem para as experiências de parto das mulheres? **Midwifery** , v.43, pp. 21-28, 2016.
- DINIZ S.G. et al. 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.** v.25(3), p.377-376, 2015.
- FOX D.; SHEEHAN A.; HOMER C. Experiences of women planning a home birth who require intrapartum transfer to hospital: a metasynthesis of the qualitative literature. **Int. J. Childbirth**. v.4(2), p.103-19,2014.
- FREEDMAN L.P. et al. Definindo desrespeito e abuso da mulher no parto: uma agenda de pesquisa, política e direitos . **Bull World Health Organ**, v.92( 12 ),p. 915 – 921, 2014.

- GARTHUS-NIEGEL S. et al. O papel da dor do parto e da experiência geral do parto no desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático: um estudo de coorte longitudinal **Nascimento** , v.41, p.108 – 115, 2014
- GOTTVALL K., WALDENSTROM U. Uma experiência traumática de parto tem impacto na reprodução futura? **BJOG: Um Jornal Internacional de Obstetrícia e Ginecologia** , v.109, p. 254 – 260, 2002
- GÜRBER S. et al Saúde mental materna nas primeiras 3 semanas pós-parto: o impacto do apoio do cuidador e a experiência subjetiva do parto – um modelo de trajetória longitudinal **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology** , v.33, p. 176-184, 2012.
- HENRIKSEN L., GRIMSRUD E.; SCHEI B.; LUKASSE M. Fatores relacionados a uma experiência negativa de parto – Um estudo de métodos mistos. **Midwifery** , v.51, p. 33-39,2017.
- HILDINGSSON I. As expectativas de parto das mulheres são cumpridas? Descobertas de um estudo de coorte sueca longitudinal. **Mulheres e Nascimento** , v.28,p. 7-13, 2015.
- HODNETT E.D. Apoio do cuidador à mulher durante o parto **The Cochrane Database of Systematic Reviews** , v.2 , CD000199, 2000.
- KINGSTON D., TOUGH S., WHITFIELD H., Sofrimento psicológico materno pré-natal e pós-parto e desenvolvimento infantil: uma revisão sistemática **Psiquiatria Infantil e Desenvolvimento Humano** , v.43,p.683-714, 2012.
- KLEIN M.C. et al. Family physicians who provide intrapartum care and those who do not: very different ways of viewing childbirth. **Canadian Family Physician.** V.57(4), p.139-147, 2011.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 30, n.1, p.192-207, 2014;
- LANSKY, S. et al . Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019.
- LARKIN ,P.; BEGLEY, C.M.;DEVANE, D. Experiências femininas de trabalho de parto e nascimento: uma análise evolutiva do conceito, **Midwifery**, v.25, p.49-59, 2009
- MADUREIRA, L.S.S.,CORDEIRO,T.L.C. Violência obstétrica: armadilha de um crime culturalmente normatizado. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, v.7(5), 2021.
- MARCONI M.A., LAKATOS E.M. **Metodologia do trabalho científico.** 8 ed. São Paulo: Atlas; p.242, 2017.
- MARTINS, A.C.; BARROS G.M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Revista Dor.**, v. 17, n. 3,p. 215-218, 2016.
- MATTAR, L.D., DINIZ C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)** v.16(40),p.107-119, 2012.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4,p.758-764, 2008.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra; 1996

- OMS, KRUG E.G. et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.
- POLACHEK, I.S.; HARARI, L.H.; BAUM M.; STROUS, R.D. Ansiedade pós-parto em uma coorte de mulheres da população geral: fatores de risco e associação com depressão na última semana de gestação, depressão pós-parto e TEPT pós-parto **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** , v.51, p.128-134, 2014.
- REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n.4, p.482-491,2008.
- SCHEPPER S. et al. Transtorno de Estresse Pós-Traumático após o parto e a influência do cuidado da equipe da maternidade durante o trabalho de parto e nascimento: um estudo de coorte **.Midwifery**, v.32 , pp. 87-92 , 2016
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**. v.20(1), CD003930, 2010.
- SOUZA, A.; SILVA, L.; ALVES, R.;ALARCÃO, A. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**. v.25(3), p.115-128, 2016.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; Carvalho, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo). v. 8, n.1,p.102-106,2010.
- SPAICH S. et al. Modo de parto e sua influência na satisfação das mulheres com o parto **Jornal Europeu de Obstetrícia, Ginecologia e Biologia Reprodutiva**, v.170,p.401-406 , 2013.
- TESSER, D.C.; KNOBEL, R.; ADREZZO AGUIAR, F.H., DINIZ, G.S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.10(35),p.1-12 , 2015.
- World Health Organization (WHO), **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.
- World Health Organization (WHO). **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Geneva: WHO 2015
- ZANARDO, G.L.P. et al . Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte ,v. 29, 2017 .

**Anexo I – normas de submissão do artigo:**





$$\sum_{i=1}^n a_i b_i = \sum_{i,j} \delta_{ij} a_i b_j = \delta_{ij} a_i b_j \quad (1)$$

Tamanho máximo dos trabalhos: 60.000 caracteres (com espaços) para artigos; 35.000 caracteres (com espaços) para relatos e ensaios; 15.000 caracteres (com espaços) para resenhas.

Segundo parágrafo do texto do desenvolvimento [...], a seguir, itens de lista:

- Item1;
- Item2;
- Item3; e,
- Último item.

Terceiro parágrafo do texto do desenvolvimento [...].

## 2.1. TÍTULO DA SUBSEÇÃO

Primeiro parágrafo do texto da subseção [...].

**Tabela 1** - Título da tabela

Título Coluna1	Título Coluna2	...	Título ColunaN
Texto linha 1 coluna 1	...	...	...
Texto linha 2 coluna 1	...	...	...
...	...	...	...
Texto linha N coluna 1	...	...	...

Fonte: Elaborada pelo/a autor/a.

**Figura 1** - Título da figura

[INSERIR A FIGURA AQUI]

Fonte: Elaborada pelos/as autores(as).

**Quadro 2** - Título do quadro

Título Coluna1	Título Coluna2	...	Título ColunaN
Texto linha 1 coluna 1	...	...	...
Texto linha 2 coluna 1	...	...	...
...	...	...	...
Texto linha N coluna 1	...	...	...

Fonte: Elaborado pelo/a autor/a.

## 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiro parágrafo do texto das considerações finais [...].



#### 4. REFERÊNCIAS

AUTOR, N. S. **Título do livro**. 2. ed. Cidade: Editora, 2019.

AUTOR, N. S. (Org.). **Título do livro**. Cidade: Editora, 2019.

AUTOR, N. S. **Título do capítulo de livro**: subtítulo do capítulo de livro. In: AUTOR, N. S.; AUTOR, N. S. (Org.). **Título do livro**: subtítulo do livro. 1. ed. Cidade: Editora, 2019. p.56-72.

AUTOR, N. S. **Título do trabalho**. 2019. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Nome da Especialização) - Instituição, Cidade, 2019.

AUTOR, N. S. **Título do trabalho**. 2019. 105 f. Dissertação (Mestrado em Nome do Mestrado) - Instituição, Cidade, Ano.

AUTOR, N. S. **Título do trabalho**. 2019. 175 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Nome do Programa) - Instituição, Cidade, 2019.

AUTOR, N. S. et al. (a partir de quatro autores) **Título**: subtítulo. **Nome do Periódico Científico**, v.16, n.2, p.20-40, 2019. Disponível em: <<http://...>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

AUTOR1, N. S.; AUTOR2, N. S.; AUTOR3, N. S. **Título do trabalho**. In: NOME DO EVENTO, 6., 2019, Cidade. **Anais...** Cidade: Local do evento, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/-constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/-constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Lei Nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/-Leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/-Leis/l9394.htm)>. Acesso em: 17 mai. 2019.

INSTITUTO FEDERAL SUL-RIO-GRANDENSE. Biblioteca do câmpus Pelotas. Disponível em: <<http://pelotas.ifsul.edu.br/portal/index.php/apresentacao.html>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

TÍTULO do trabalho de autoria desconhecida. 1. ed. Cidade: Editora, 2019.

