



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Sheila Prado de Oliveira

**Prevalência de Violência Obstétrica durante o parto e aborto na
América Latina e Caribe: uma revisão sistemática**

Rio de janeiro

2024

Sheila Prado de Oliveira

Prevalência de Violência Obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tatiana Henriques Leite

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Emanuele Souza Marques

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

O48 Oliveira, Sheila Prado de.
Prevalência de violência obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática / Sheila Prado de Oliveira – 2024.
91 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tatiana Henriques Leite
Coorientadora: Prof^a. Dra. Emanuele Souza Marques

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde da Mulher. 2. Violência obstétrica. 3. Violência contra a mulher. 4. Aborto. 5. Humanização da assistência. 6. Trabalho de parto. 7. Saúde Reprodutiva. 8. Obstetrícia. I. Leite, Tatiana Henriques. II. Marques, Emanuele Souza. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.6

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sheila Prado de Oliveira

Prevalência de Violência Obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2024.

Orientadora: _____

Prof^ª. Dra. Tatiana Henriques Leite

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Coorientadora: _____

Prof^ª. Dra. Emanuele Souza Marques

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Diana Barbosa Cunha

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Cíntia Chaves Curione

Instituto de Nutrição - UERJ

Prof.^a Dra. Marília Arndt Mesenburg

Universidade Federal de Pelotas

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas nascidas de mulheres.

AGRADECIMENTO

A minha mãe, mulher forte que insistiu em me formar mesmo diante de uma vida árida. Agradeço ao meu pai pelos exemplos de persistência e superação. Ao meu irmão júnior, por não me deixar cair na solidão.

Meu marido Marcelo, amor da minha vida e companheiro de longos anos, que cuidou de mim e das crianças para que eu pudesse me dedicar ao mestrado. Ele me ajudou a perder o medo do “R” me ensinando que as vírgulas e parênteses realmente importam na programação.

Aos meus dois filhos, que me apoiaram de formas diferentes. Ao Pedro, o caçula, por esperar por mim e compreender quando eu dizia “só mais um pouquinho e já vou”. Ao Andrei, o primogênito, por não me expulsar do seu quarto e me ouvir nos momentos de maior angústia.

À minha orientadora, Tatiana Henriques Leite, pelo compromisso em fazer um bom trabalho, aspecto indispensável para me manter confiante no árduo processo de uma revisão sistemática.

Agradeço a Carolina Lyra e a Renata Helena Guajará, por se fazerem presentes em minha vida. À Ana Lúcia Freitas de Andrade, amiga querida e companheira de difíceis trabalhos, que sempre me aconselhou a nunca desistir do campo da saúde materno-infantil.

Às minhas companheiras de trabalho do HFL, sobretudo Andreia, Luciana e Eliane, por ouvirem minhas reclamações com carinho e respeito.

À Marília Mesenburg, pela contribuição valiosa na pesquisa, pelas inúmeras trocas e pela liberdade em se mostrar por inteiro, ajudando-me a compreender que a insegurança faz parte do processo.

A todos os amigos que fiz no mestrado, que juntos formamos um coletivo unido pela sobrevivência do primeiro ano, com muitos finais de semana de estudos online. Em especial a Maria Lins, Júlia Figueiredo, Anna Torres, Iane Coutinho e Daniele Azevedo, pessoas que literalmente seguraram na minha mão nos momentos mais difíceis.

“Para mudar o mundo, é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

RESUMO

OLIVEIRA, Sheila Prado de. *Prevalência de violência obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática*. 2024. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Esta dissertação de mestrado concentra-se em sintetizar a literatura científica sobre a prevalência de violência obstétrica na assistência ao parto e aborto na América Latina e Caribe. A pesquisa foi estruturada como uma revisão sistemática, seguindo as recomendações do protocolo PRISMA 2020 e registrada no PROSPERO sob o código CRD: 42023409728. O estudo incluiu análises de estudos observacionais que detalham a violência obstétrica durante internações para parto ou aborto, com foco geográfico restrito à América Latina. Foram considerados estudos com abordagens transversais, de coorte ou métodos mistos, desde que fornecessem dados quantitativos sobre a prevalência de violência obstétrica, e incluídos artigos em inglês, português ou espanhol. A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente e cega, utilizando o programa Rayyan, e a extração dos dados foi feita em uma planilha padronizada no Excel. Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos originais, utilizou-se o “Checklist for Prevalence Studies” da JBI. Os resultados da revisão incluíram 62 publicações provenientes de 56 pesquisas diferentes, com a maioria focada em mulheres internadas para parto. Observou-se uma grande variação nas definições e prevalências de violência obstétrica, com taxas variando de 5,7% a 100%. No entanto, a falta de padronização da mensuração prejudicou a comparabilidade entre as pesquisas impedindo a realização de metanálise. Além disso, a revisão revelou uma escassez de literatura sobre a assistência ao aborto, indicando a necessidade de mais estudos nessa área. Em conclusão, esta dissertação destaca a alta prevalência de violência obstétrica entre as mulheres de parto e a falta de literatura sobre o assunto entre as mulheres em situação de aborto. A acurácia da mensuração da violência obstétrica é um desafio a ser enfrentado para garantir uma compreensão mais abrangente e eficaz sobre o assunto na região.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Revisão Sistemática. Prevalência. Assistência ao Parto. Aborto.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Sheila Prado de. *Prevalence of Obstetric Violence During Childbirth and Abortion in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review*. 2024. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This master's thesis focuses on synthesizing the scientific literature on the prevalence of obstetric violence in childbirth and abortion care in Latin America and the Caribbean. The research was structured as a systematic review, following the recommendations of the PRISMA 2020 protocol, and registered in PROSPERO under the CRD code: 42023409728. The study included analyses of observational studies detailing obstetric violence during hospitalizations for childbirth or abortion, with a geographic focus restricted to Latin America. Studies with cross-sectional, cohort or mixed methods approaches were considered, as long as they provided quantitative data on the prevalence of obstetric violence, and included articles in English, Portuguese or Spanish. The articles were independently and blindly selected by two researchers using the Rayyan program, and the data was extracted using a standardized Excel spreadsheet. The JBI "Checklist for Prevalence Studies" was used to assess the methodological quality of the original studies. The results of the review included 62 publications from 56 different studies, with the majority focusing on women hospitalized for childbirth. There was great variation in the definitions and prevalence of obstetric violence, with rates ranging from 5.7% to 100%. However, the lack of standardized measurement hindered comparability between the studies, preventing meta-analysis. In addition, the review revealed a scarcity of literature on abortion care, indicating the need for more studies in this area. In conclusion, this dissertation highlights the high prevalence of obstetric violence among birthing women and the lack of literature on the subject among women undergoing abortions. The accuracy of the measurement of obstetric violence is a challenge to be faced in order to guarantee a more comprehensive and effective understanding of the issue in the region.

Keywords: Obstetric Violence, Systematic Review, Prevalence, Childbirth Assistance, Abortion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Síntese das categorias de Desrespeito e Abuso no Parto proposto por Bowser & Hill (2010)	19
Quadro 2 -	As sete dimensões de Maus-tratos durante o parto proposta por Bohren <i>et al.</i> (2015)	22
Quadro 3 -	Estratégia de busca utilizada para mulheres de parto e aborto	30
Figura 1 -	Fluxograma do processo de seleção de artigos de prevalência de violência obstétrica	44
Gráfico 1 -	Avaliação da qualidade metodológica do conjunto de estudos	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação das características metodológicas das pesquisas selecionadas	46
Tabela 2 – Prevalência da violência obstétrica por dimensão	54
Tabela 3 – Prevalência de violência obstétrica total	57
Tabela 4 – Estudos que apresentam prevalência para procedimentos obstétricos inapropriados	70
Tabela 5 – Avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado	76

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REVISÃO DA LITERATURA	14
1.1	Em busca pelo reconhecimento da Violência Obstétrica	14
2	TERMINOLOGIAS E CONCEITOS	17
2.1	Violência Obstétrica	17
2.2	Desrespeito e abuso no parto	18
2.3	Maus-tratos durante o parto	20
3	PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PELO MUNDO	24
4	JUSTIFICATIVA	26
5	OBJETIVOS	27
5.1	Objetivo geral	27
5.2	Objetivos específicos	27
6	MÉTODO	28
6.1	Critério de elegibilidade	28
6.2	Fonte de informação	28
6.3	Estratégia de busca	29
6.4	Seleção dos artigos incluídos	31
6.5	Processo de extração de dados e informações recuperadas	32
6.6	Avaliação do risco de viés	33
6.7	Medida de efeito de interesse	33
7	RESULTADOS	35
7.1	Prevalência de violência obstétrica na América latina e Caribe: Uma revisão sistemática	35
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXO	91

INTRODUÇÃO

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu uma declaração reconhecendo a existência de tratamento abusivo, desrespeitoso e negligente às mulheres durante o parto e aborto em instituições de saúde em todo o mundo. Nesta declaração, a OMS destacou que essas práticas configuram violações dos direitos humanos das mulheres, contrariando as normas e princípios internacionais. Também ressaltou a importância de garantir às mulheres acesso a assistência de qualidade e humanizada, proporcionando cuidados dignos, respeitosos e que preservem seus direitos civis e sua autonomia (OMS, 2014).

Apesar desse marco, pesquisas conduzidas antes dessa data, assim como mais recentes, no Brasil e em outras regiões da América Latina evidenciam que inúmeras mulheres enfrentam maus tratos por parte de profissionais de saúde durante o parto. O mesmo também é observado em situação de abortamento (LEITE et al., 2022) (TOBASÍA-HEGE et al., 2019).

Dentre os grupos mais vulneráveis, destacam-se as mulheres que passaram por parto vaginal, especialmente aquelas mais jovens e com menor renda familiar (MESENBURG et al., 2018). Igualmente, mulheres negras e pardas enfrentam restrições de acesso à anestesia, ausência de acompanhante e recebem orientação reduzida durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e possíveis complicações na gravidez (LEAL et al., 2017). Além disso, em países de baixa e média renda, onde os cuidados de saúde são mais precários, é frequente observar uma maior prevalência de vivências negativas durante o parto (BOHREN et al., 2015).

Embora tenham surgido algumas iniciativas, não há consenso entre os pesquisadores sobre a melhor definição e nomenclatura para nomear este tipo de violência contra a mulher. Entre os termos mais utilizados estão: "desrespeito e abuso", "maus-tratos" e "violência obstétrica". O último, impulsionado por ativistas pela humanização do parto, foi oficialmente reconhecido como um marco legal na Venezuela em 2007, Argentina em 2009 e México em 2014. Desde então tem sido o termo mais usado para representar todo o espectro de violações e abusos sofridos pelas mulheres durante o parto e aborto na América Latina (KATZ et al., 2020). Por esse motivo, optamos por essa nomenclatura nessa dissertação.

A violência obstétrica é caracterizada por uma ampla gama de comportamentos, como violência física, verbal, sexual, estigma e discriminação, intervenções não baseadas em evidências científicas, falta de comunicação com a equipe de saúde e inadequações nos serviços de saúde. Ademais, a violência obstétrica se diferencia de outras formas de violência contra a mulher por três características específicas. A primeira, ocorre exclusivamente nos serviços de saúde, incluindo ambulatorios, consultórios e maternidades/hospitais. Os perpetradores dessa violência são frequentemente profissionais de saúde, especialmente aqueles que têm maior contato com as mulheres durante a assistência. No entanto, também pode envolver outros profissionais que trabalham nesses ambientes, como setores administrativos. E por fim, a violência obstétrica tem uma natureza dupla, combinando atos interpessoais, como agressões físicas, ameaças, insultos e negligência, com aspectos institucionais, como maternidades sobrecarregadas que não possuem estrutura ou recursos humanos adequados para fornecer uma assistência adequada.

Apesar das experiências comuns de maus-tratos e desumanização durante o parto, é essencial reconhecer que a violência obstétrica também está presente no contexto do aborto (CONTRERAS-TINOCO, 2018). Em muitos países latino-americanos, mulheres que procuram atendimento médico de urgência devido ao aborto, seja ele espontâneo ou induzido, frequentemente enfrentam maus-tratos por parte de profissionais de saúde, incluindo ameaças de denúncia à polícia, negação ou atraso no atendimento, e realização de procedimentos desnecessários e dolorosos sem um adequado manejo da dor (OMS, 2014). Ademais, o estigma social e religioso enfrentados pela mulher em situação de abortamento são fatores adicionais que contribuem para a violência durante a assistência.

Também é importante dizer, que atualmente há uma tendência em abordar a saúde da mulher e da criança, a partir de um enfoque de cuidados centrada no paciente, respeitando as preferências individuais (PERROTTE; CHAUDHARY; GOODMAN, 2020), como podemos observar nas novas recomendações da OMS, através do documento “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*” a preocupação central deixa de ser evitar apenas a morbimortalidade, mas sim de criar condições para uma assistência holística, centrada na experiência positiva de parto e nascimento. Esse novo paradigma está em sintonia com o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as idades e o objetivo número 5 “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as meninas e mulheres (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2000). Considerando essa nova visão, estudos sobre a satisfação com a assistência prestada, saúde mental no puerpério e por fim, maus-

tratos no ciclo gravídico puerperal têm sido encorajados, dada a relevância desses resultados para a saúde da mulher e seu bebê.

Diante do exposto, a presente Dissertação tem como objetivo consolidar as evidências de prevalência de violência obstétrica durante a internação hospitalar para o parto e aborto na América Latina e Caribe. Para alcançar esse propósito, o trabalho está dividido em nove seções.

Iniciaremos com a Introdução, na qual será feita uma breve apresentação do tema e sua relevância no contexto da assistência ao parto e aborto. A primeira seção é uma síntese dos movimentos iniciais na busca pela legitimidade das vivências negativas ocorridas em maternidades. Na segunda seção, vamos explorar os principais conceitos e terminologias referentes à violência obstétrica no parto e abortamento. Em seguida, na terceira seção apresentaremos um breve panorama acerca das prevalências de violência obstétrica durante o parto, fazendo um recorte na região da América Latina e Brasil. A quarta parte do trabalho se dedica à Justificativa da Dissertação, expondo a importância e relevância do estudo. Na sequência, serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo, para fornecer uma visão clara do que se pretende alcançar com a pesquisa. A sexta seção apresentará o método utilizado para alcançar os objetivos propostos, detalhando a abordagem e os procedimentos adotados. No sétimo capítulo, serão expostos os resultados obtidos em forma de artigo. Finalizando apresentamos a conclusão da presente dissertação, seguida das referências consultadas e documentos anexos.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Em busca pelo reconhecimento da Violência Obstétrica

Na última década, o Brasil sediou importantes debates sobre os maus tratos na atenção ao parto/aborto despertando um grande interesse da mídia. Filmes, reportagens e uma torrente de denúncias de tratamentos desrespeitosos e violentos surgiram nas redes sociais e veículos de comunicação (SENA; TESSER, 2017; MOREÉ PAULETTI et al., 2020). As vivenciais brutais e de desrespeito passaram a ser reconhecidas pelas mulheres e sociedade em geral, como atos de violência, refletindo em conscientização sobre a necessidade de proteger os direitos das mulheres durante o parto e o aborto. Porém, embora o assunto seja popular nos dias atuais, a violência obstétrica praticada dentro de maternidades, não é um problema novo. Relatos de tratamentos invasivos, humilhantes e dolorosos vêm sendo documentados em diversas partes do mundo desde o final dos anos 1950 (DINIZ et al., 2015).

O artigo "Crueldade nas Maternidades" publicado nos anos cinquenta, na revista *Ladies Home Journal*, descreveu relatos de mulheres americanas submetidas a práticas análogas a torturas. Nessa época, era comum intervenções, como o chamado "sono crepuscular". Esse procedimento fazia uso de sedativos, que não raro causava agitação e alucinações, tornando necessário o uso de contenção. Além disso, havia relatos de mulheres sendo amarradas por horas na posição de litotomia, ameaçadas, agredidas e obrigadas a usar máscaras para abafar seus gritos (GOER, 2010). O impacto desse artigo foi profundo naquela época. E progressivamente, o silêncio cedeu espaço para o compartilhamento de experiências relacionadas ao parto, resultando em transformações significativas nas práticas de assistência e na fundação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia (DINIZ et al., 2015).

Nos anos que se seguiram, o debate sobre questões feministas foi significativamente enriquecido por diversas obras, entre as quais se destaca a coletânea "On Lies, Secrets, and Silence: Select Prose 1966-1978", da poetisa Adrienne Rich. Neste compilado, Rich mergulha profundamente em temas cruciais ao feminismo, como sexualidade, maternidade e o papel da mulher na sociedade. Sua abordagem perspicaz e sua escrita envolvente contribuíram de maneira substancial para ampliar e aprofundar o diálogo em torno dessas questões (RICH A, 1979). Outra publicação marcante da época foi "Listen with Mother", veiculada pelo jornal "The Guardian" no final dos anos 50. Consistia em uma carta reflexiva, denunciando experiências de negligência e isolamento vividas por mulheres durante a internação para o parto em hospitais do Reino Unido (BEECH, 2007). O impacto gerado pela publicação "*Listen with*

mother”, impulsionou a criação da importante Associação para Melhorias nos Serviços de Maternidade (AIMS) do Reino Unido, existente até os dias atuais, e que luta por melhores condições de assistência a mulheres durante o parto. As reflexões e denúncias sobre a crueldade nos hospitais, documentadas nesses e em outros textos entre as décadas de 1960 e 1980, tiveram um impacto significativo, sensibilizando e inspirando outras mulheres, além de profissionais e ativistas da área (DINIZ et al., 2015).

Na busca pelo reconhecimento do sofrimento imputado ao momento do nascimento, outras publicações e denúncias foram surgindo (SENA, 2013), estimulando gradualmente a formação de grupos organizados em prol da melhoria dos cuidados durante o parto (SENA; TESSER, 2017). Tais grupos, tiveram papel essencial para dar maior visibilidade do problema, contribuindo para a ampliação do debate, e para a pressionar por um posicionamento mais efetivo por parte de governos e autoridades.

No Brasil, a discussão sobre a humanização do parto teve início nos anos 1990, impulsionada por movimentos sociais e grupos feministas. Esses grupos desempenharam um papel fundamental na criação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Trata-se de uma iniciativa da sociedade civil organizada em 1993, tendo como objetivo divulgar ações de cuidados perinatais baseados em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da OMS. Essa rede também, foi responsável pela criação do movimento de “humanização do parto”, que vem ao longo dos anos desempenhando um importante papel na redução de intervenções desnecessárias, sempre ressaltando o caráter natural e fisiológico do processo do ciclo gravídico-puerperal (RATTNER et al., 2010).

Na trajetória da REHUNA, a *Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento*, realizada em Fortaleza no ano 2000, destaca-se como um acontecimento de grande importância. Organizada em colaboração com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), o evento reuniu cerca de 1800 participantes de 26 países. Essa iniciativa proporcionou um intercâmbio valioso de experiências e perspectivas sobre a humanização do parto (RATTNER et al., 2010), desempenhando um papel crucial no reconhecimento da violência obstétrica como uma forma específica de violação dos direitos humanos das mulheres (COLETIVO MARGARIDA ALVES, 2020). Além disso, desse encontro resultou a publicação de um suplemento no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em novembro de 2001, marcando um avanço significativo na disseminação de ideias e práticas sobre o tema (RATTNER et al., 2010).

Impulsionados pelo REHUNA, surgiu nos anos 2000 a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (RELACAHUPAN), que conta hoje com 22

países associados, dentre eles o Brasil. Seus principais objetivos são fortalecer e incentivar ações de melhoria dos serviços e programas de saúde materno no contexto da América Latina (RATTNER et al., 2010).

Por meio da partilha de experiências adversas e da mobilização da sociedade civil através do movimento feminista, a discussão em torno dos abusos na prestação de cuidados durante o parto e aborto tem conquistado visibilidade na nossa sociedade, inclusive dentro do meio acadêmico. Contudo, divergências em relação à definição empregada têm apresentado obstáculos ao progresso das pesquisas e têm impedido a obtenção de uma compreensão mais precisa acerca dessa problemática a nível global.

2 TERMINOLOGIAS E CONCEITOS

2.1 Violência Obstétrica

Em 2007, a Venezuela se tornou pioneira ao estabelecer a primeira definição legal de violência obstétrica por meio da Lei Orgânica nº 38.668, trazendo visibilidade ao tema e destacando a importância de proteger as mulheres contra práticas abusivas e inadequadas durante a assistência obstétrica. Contudo, vale destacar que o termo “Violência obstétrica” não surgiu da lei propriamente dita, mas sim de grupos sociais ativistas pela humanização do parto (KATZ et al., 2020), e tem sido adotado por mulheres e pesquisadores em toda a América Latina, como forma de caracterizar de forma mais precisa, esta violência como uma forma de violência de gênero (AMORIM; BASTOS; KATZ, 2020).

De acordo com a lei venezuelana, a violência obstétrica é definida como “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento hierárquico e desumanizador, no abuso de medicalização e patologização de processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (VENEZUELA, 2007).

A lei estabelece como práticas violentas o não atendimento de emergências obstétricas, a imposição desnecessária de posições supinas e com as pernas levantadas durante o parto, a alteração injustificada do processo natural do parto por meio de técnicas de aceleração e a realização de cesáreas desnecessárias (GARCÍA; YASNA, 2018).

No Brasil e em países da América Latina (mas não restrito a eles), o termo “violência obstétrica” tem sido o mais utilizado com o objetivo de retratar de forma mais precisa a natureza estrutural da violência como uma forma de violência de gênero. Dessa forma, a 'violência obstétrica' é compreendida como um tipo específico de violação dos direitos das mulheres, incluindo os direitos à igualdade, saúde e autonomia reprodutiva (KATZ et al., 2020).

Mesmo sendo um termo que vem atraindo cada vez mais adeptos, é frequente a presença de questionamentos sobre sua utilização. O termo violência é definido pela OMS como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002). Visto dessa forma, a violência obstétrica teria por definição a intencionalidade por parte dos perpetradores, ou seja, os profissionais que atuam no ciclo gravídico-

puerperal. Para alguns autores, isso seria não apenas injusto, como reducionista, afinal toda série de eventos ocorridos durante a gravidez ou aborto, estão submetidos a uma trama complexa, que envolve não apenas os trabalhadores, mas as condições de trabalho. Outro aspecto criticado, diz respeito ao termo obstétrico, que para alguns, induz a interpretação de que tais atos partiriam da obstetrícia, e, portanto, apenas por médicos (KATZ et al., 2020).

No Brasil, a utilização do termo foi desaconselhada pelo Ministério da Saúde, através do despacho 017/2019, que entre outras coisas defendia que o uso da expressão “violência obstétrica” era impróprio, pois acreditava-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Por outro lado, muitos pesquisadores e ativistas sobre o tema defendem o uso do termo baseado em pelo menos três argumentos principais. O primeiro relativo à abrangência de situações. O termo “obstétrico” inclui todos os momentos do ciclo gravídico-puerperal, desde o pré-natal, passando pelo parto, chegando ao puerpério e incluindo, as situações de abortamento. O segundo argumento utilizado para defender o uso de termo foi a sua origem nos movimentos sociais de mulheres, que escolheram essa expressão por considerá-la a mais adequada para descrever as situações de violência, abusos, maus-tratos que vivenciaram durante a gestação, parto, puerpério e abortamento. Portanto, apoiar a utilização desse termo é uma forma de dar voz às vítimas, em vez de os agressores. Por fim, o termo “violência” deixa claro que ocorre uma violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, enfatizando que a violência obstétrica é uma combinação de violência de gênero com os maus-tratos ocorridos no serviço de saúde.

2.2 Desrespeito e abuso no parto

Em 2010, Bowser & Hill, deram início a uma revisão das evidências existente sobre o tema desrespeito e abuso no parto em estabelecimentos de saúde. O objetivo central era sintetizar e organizar uma ampla variedade de situações em que a assistência ao parto poderia ser considerada desrespeitosa e abusiva, tendo como base princípios éticos e de direitos humanos. Deste conjunto de situações, foi proposto o termo “desrespeitos e abusos no parto” composto por sete domínios, a saber: 1) Abuso físico; 2) Cuidado não consentido; 3) Cuidado não confidencial; 4) Cuidado não digno; 5) Discriminação baseada em atributos específicos do paciente; 6) Abandono de cuidados e 7) Detenção em unidades de saúde.

Quadro 1 – Síntese das categorias de Desrespeito e Abuso no Parto proposto por Bowser & Hill (2010)

Abuso Físico	Episódios de espancamento, beliscões, tapas e mesmo do emprego de força para retirar o bebê, seja puxando-o ou pressionando o abdômen da mulher.
Cuidado não consentido	Decisões e atitudes tomadas pela equipe de profissionais, sem a comunicação e ou consentimento da mulher. Pode envolver episiotomias, esterilização, uso de oxitocina para intensificar o parto, dentre outros procedimentos.
Cuidado não confidencial	Tem relação com a falta de privacidade durante o trabalho de parto e parto, exposição de dados pessoais, e de condições de saúde, dentre outros que possam causar constrangimento ou discriminação.
Cuidado não digno	Ações e atitudes que reflitam desrespeito, como xingamentos, gritos, repreensão.
Discriminação baseada em atributos específicos do paciente	Atos de desrespeitos, com a expressão de preconceitos acerca da raça, idade, status sócio econômico, doenças pré-existentes, dentre outros atributos estigmatizantes.
Abandono de cuidados	Uma forma de negligencia nos cuidados oferecidos as mulheres e pessoas gestantes, onde há momentos em que são deixadas sozinhas, ou há demora na prestação de atendimento adequado.
Detenção em unidades de saúde	Situações onde a mãe, o bebê ou ambos são impedidos de deixar a unidade de saúde por falta de pagamento.

Fonte: (BOWSER; HILL, 2010) Traduzido pela autora

Esse termo estabeleceu um marco conceitual importante, servindo como referencial teórico para o documento da OMS de 2014: “Prevenção e eliminação dos desrespeitos e abusos durante o parto” (SAVAGE; CASTRO, 2017). Além disso, a definição deste termo impulsionou pesquisas epidemiológicas, visando aprofundar a compreensão de um tema anteriormente pouco explorado, marcando o início de investigações mais abrangentes na área (LEITE et al., 2022).

Contudo, embora o relatório de Bowser & Hill, tenha examinado uma extensa variedade de estudos provenientes de diversos países, e tenha representado um importante avanço para o entendimento para esse fenômeno, algumas lacunas foram identificadas. A primeira delas foi à

falta de um questionário para utilização em pesquisas quantitativas. Também foi pontuado nessa definição que algumas ações consideradas desrespeitos e abusos não foram incluídos ou foram mal classificadas, e, não foram utilizados os domínios de violência propostos pela OMS desde 2002. Para finalizar, também é notado que o termo menciona que os desrespeitos e abusos acontecem somente no parto, não considerando os outros momentos do ciclo gravídico-puerperal e as situações de aborto (LEITE et al., 2022).

2.3 Maus-tratos durante o parto

Cinco anos após a publicação de Bowser & Hill referente à definição de “Desrespeito e Abuso no Parto”, uma nova revisão sistemática de métodos mistos, buscou mais uma vez, sintetizar as evidências acerca dos tratamentos inadequados imputados às mulheres durante o parto. Dentre os principais argumentos para justificar uma nova pesquisa no campo, estava a necessidade de estabelecer um conceito mais abrangente e replicável para outros contextos culturais e assistenciais, além da necessidade de retificar as limitações mencionadas anteriormente.

Assim, com o propósito de fomentar o desenvolvimento de uma descrição consensual, foi publicado em 2015, o trabalho intitulado *"The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review"*, que propôs uma nova nomenclatura, a saber, “Maus-tratos a mulheres durante o parto” (BOHREN et al., 2015).

A definição possui alguns domínios em comum com o conceito de “desrespeito e abuso”, mas torna-se mais ampla em sua abordagem, por incluir outras formas de maus-tratos, como tratamento desumano, falta de atenção adequada às necessidades das mulheres e ausência de apoio emocional. Ademais, esta definição incluiu outros fatores que podem influenciar os maus-tratos que as mulheres enfrentam durante o parto, tais como ações intencionais devido, por exemplo, a problemas estruturais nas unidades de assistências, falta de profissionais, superlotação, insuficiência de recursos, dentre outros (BOHREN et al., 2015).

Os “Maus-tratos durante o parto”, conforme apresentado por Bohren et al. (2015), abrangem sete dimensões: 1) Abuso físico; 2) Abuso sexual; 3) Abuso verbal; 4) Estigma e discriminação; 5) Falha no atendimento profissional; 6) Falha no relacionamento entre mulheres e profissionais; 7) Restrições do sistema de saúde. O Quadro 2 descreve as sete dimensões de acordo com as especificações de ordenamento proposto pela autora. Essas dimensões são detalhadas em três níveis de análise: a primeira ordem define a categoria de maus-tratos (por

exemplo, “Abuso Físico” refere-se a qualquer dano físico infligido); a segunda ordem qualifica as ações dentro dessa categoria (como bater ou realizar procedimentos sem consentimento); e a terceira ordem especifica exemplos concretos dessas ações (uso de força excessiva durante exames, por exemplo). Este ordenamento proposto visa aprofundar a compreensão sobre as diversas facetas dos maus-tratos, desde a identificação até exemplos específicos, facilitando assim a identificação e a abordagem dessas práticas (BOHREN et al., 2015).

A nova perspectiva introduzida por este termo e nomenclatura, a qual foi prontamente incorporada pela Organização Mundial da Saúde em todas as suas publicações relacionadas ao tópico, viabilizou a criação de um questionário padronizado para a avaliação do maus-tratos durante o parto (BOHREN et al., 2018). O propósito primordial deste questionário foi quantificar este fenômeno, promover comparações entre estudos e estimular a investigação de seus fatores de risco e proteção. No entanto, é relevante ressaltar a presença de consideráveis limitações na análise dos maus-tratos durante o parto, tais como exclusão de outras fases da gravidez e o aborto e a dificuldade em operacionalizar as dimensões sugeridas, resultando em um instrumento ainda imaturo para a mensuração da violência obstétrica de forma acurada (LEITE et al., 2022).

Quadro 2 – As sete dimensões de Maus-tratos durante o parto proposta por Bohren *et al.* (2015)

Termos de Primeira Ordem	Termos de Segunda Ordem	Termos de Terceira Ordem
Abuso físico	uso de força / restrição física	espancar, chutar, beliscar / conter fisicamente, amordaçar
Abuso sexual	abuso sexual	abuso sexual ou estupro
Abuso verbal	linguagem dura / ameaças e culpas	linguagem dura ou rude / culpar por maus resultados, comentários de julgamento
Estigma e discriminação	discriminação com base em características sócio demográficas / discriminação com base em condições médicas	discriminação baseada em etnia, religião, idade, status socioeconômico / discriminação com base status de HIV
Falha no atendimento profissional	falta de consentimento e confidencialidade / exames, procedimentos / descaso e abandono	falta consentimento informado e confidencialidade / exames vaginais dolorosos, recusa em fornecer alívio da dor, cirurgias não consentidas / negligência, abandono, longos atrasos
Falha no relacionamento entre mulheres e profissionais	comunicação ineficaz / falta de cuidados de suporte / perda de autonomia	comunicação pobre, ignorar as preocupações das mulheres / impedir acompanhantes de parto, falta de apoio dos profissionais / negação de alimentos, mobilidade, detenção no hospital
Restrições do sistema de saúde	falta de recursos / Falta de políticas / cultura do serviço	escassez de pessoal, condições físicas da unidade / falta de privacidade / suborno e extorsão, estruturas de taxas pouco claras

Fonte: (BOHREN et al., 2015)

As três nomenclaturas e definições apresentadas nesta seção, embora contenham alguns aspectos em comum, não devem ser considerados como equivalentes. Cada uma das definições refletem as particularidades das pesquisas e estudos que levaram ao seu desenvolvimento, bem como as perspectivas teóricas adotadas pelos autores. De modo geral, as três nomenclaturas, "desrespeito e abuso durante o parto", "maus-tratos durante o parto" e "violência obstétrica", compartilham o objetivo de classificar as experiências negativas durante o parto e têm servido como base para a promoção de mudanças nos sistemas de saúde. Contudo, cada um desses termos possui suas especificidades como apontada nas subseções.

O conceito de violência obstétrica, por exemplo, descreve de forma ampla as práticas compreendidas como violentas, tendo como foco principal a medicalização e patologização do parto e nascimento¹, assim como as ações que comprometem a autonomia das mulheres durante todo o processo gravídico-puerperal. O termo Desrespeito e abuso, apresenta a primeira tentativa em sintetizar as experiências de desconsideração mais comuns. Já na definição de Maus-tratos, os autores procuraram ampliar o termo ao abordar tanto a intencionalidade por parte dos perpetradores quanto a influência de questões complexas na estrutura e organização dos serviços, que podem levar a ações de maus-tratos involuntários. Além disso, existe a proposta de um questionário para mensuração desses atos.

Em resumo, as três definições são valiosas ao abordar o tratamento negativo dado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, cada uma destacando aspectos importantes, mas também apresentando limitações próprias. A falta de consenso na definição desses termos cria desafios significativos na pesquisa epidemiológica, impactando a identificação e classificação do fenômeno, bem como a comparação entre estudos e a generalização dos resultados.

¹ Refere-se a um fenômeno em que o processo natural do parto é percebido, tratado ou intervencionado como uma condição médica patológica.

3 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PELO MUNDO

Como já mencionado anteriormente, não existe uma definição e um instrumento de mensuração de violência obstétrica que seja unanimidade entre os pesquisadores que investigam esse fenômeno. Devido a isso, a comparabilidade entre os estudos é bastante comprometida. No entanto, apesar disso, é importante mostrar que a violência obstétrica existe e que sua prevalência é elevada em alguns cenários.

Nos Estados Unidos, por exemplo, uma pesquisa realizada em 2016 com 2.138 mulheres identificou que 17,3% relataram ter sofrido maus-tratos durante o parto. As formas mais comuns foram gritos e repreensões por parte dos profissionais de saúde (8,5%), sentimento de negligência (7,8%), falta de privacidade (5,5%) e coerção em procedimentos indesejados (4,5%) (VEDAM et al., 2019). A análise também destacou disparidades raciais, com 27,2% das mulheres negras relatando maus-tratos em comparação com 18,7% das mulheres brancas. A influência da raça do acompanhante também foi notada, sugerindo um aumento nos relatos de maus-tratos quando o acompanhante era negro, independentemente da raça da mãe (VEDAM et al., 2019). No entanto, os autores do estudo reconheceram limitações como a natureza voluntária da participação, que pode superestimar a prevalência por auto seleção. Também foi notado a sub-representação de comunidades hispânicas, asiáticas e outras minorias raciais, que nesse caso, tem o efeito contrário, podendo subestimar a prevalência de maus-tratos nesses grupos.

Na França, o “*Enquête Nationale Périnatalité*”, um inquérito quinquenal que fornece dados sobre o estado de saúde de puérperas e seus recém-nascidos, além das práticas médicas durante a gravidez e o parto, em sua versão de 2016 encontrou uma incidência de violência física durante a gravidez de 1,7% (Bousquet et al., 2018). Essa pesquisa também mostrou um dado positivo, a prevalência de episiotomia diminuiu de 16,5% em 1995 para 2,9% em 2021 (Ray et al., 2022).

Na Holanda, um estudo transversal com 12.239 mulheres revelou uma alta prevalência de percepção de desrespeito e abuso durante o parto em diferentes ambientes. Relatos incluíram pressão emocional (86,4%), abuso verbal (84,3%) e tratamento ríspido (64,1%) (VAN DER PIJL et al., 2022).

Em países africanos, a violência obstétrica costuma ter prevalências bastante elevadas. Um estudo multicêntrico realizado em Ghana, Guinéa, Myanmar e Nigéria, com 2.672 mulheres, encontrou que 35,4% sofreram maus-tratos. As violações mais comuns foram a restrição

de movimento (60,7%) e a falta de consentimento para exames (50,4%) (MAUNG et al., 2022). Além disso, 10,7% delas sofreram abuso físico, 30,7% abuso verbal, 59,2% não receberam alívio para dor e por fim, 16% das mulheres se sentiram negligenciadas pelos profissionais de saúde. Uma revisão sistemática na Nigéria incluiu 14 artigos e mostrou uma ampla variação na prevalência de maus-tratos durante o parto, de 11% a 71%. A atitude hostil dos profissionais de saúde foi o abuso mais comum (70,8%), seguido pela negação de alívio da dor (66,5%) entre outras formas de violência (ISHOLA; OWOLABI; FILIPPI, 2017).

Na América Latina, diversas pesquisas têm avaliado a prevalência de violência obstétrica durante o parto, e algumas poucas em situação de abortamento (LEITE et al., 2023). Uma revisão sistemática, publicada em 2019, abordou essa questão. Nessa publicação, Tobasia-Hege et al. (2019) realizaram uma revisão dos estudos realizados na América Latina e Caribe, entre os anos de 2005 e 2017. Com base na síntese desse estudo, 43% das mulheres sofreram algum tipo de violência durante o parto e 29% durante o aborto. Entre os artigos incluídos, dez foram realizados no Brasil, e apresentavam prevalências que oscilavam entre 2,6% e 86,6%. Dois estudos da Venezuela com prevalências de 26,4% e 49,4% respectivamente, dois do México (6,1% e 29,1%), um do Peru (97,4%) e um do Chile (27,8%) (TOBASÍA-HEGE et al., 2019).

Em relação ao aborto, apenas quatro estudos reportaram violência obstétrica, sendo três deles do Brasil e apenas um da Venezuela. Os valores de prevalência encontrados foram 8,4%, 33,6% e 53,6% entre os estudos brasileiros e 30,7% no único estudo venezuelano (TOBASÍA-HEGE et al., 2019).

No entanto, uma análise mais detalhada dessa revisão revela lacunas que sinalizam a necessidade de uma nova síntese. Entre elas, a restrição do número de bases de dados consultadas, um intervalo importante de tempo entre a pesquisa e sua publicação e um crescimento de publicações sobre o tema após 2019.

4 JUSTIFICATIVA

Como foi evidenciado, a alta prevalência de violência obstétrica na atenção ao parto e aborto mostra que este é um problema de saúde pública importante e que precisa ser enfrentado. A ocorrência dessas situações é inaceitável ferindo o direito inalienável à saúde em condições dignas, respeitadas e livres de violência e discriminação.

Seguindo a visão mencionada, pesquisas epidemiológicas sobre prevalência da violência obstétrica na América Latina e Caribe aumentaram nos últimos cinco anos. Assim, acreditamos ser oportuna uma nova revisão englobando essa região. Esperamos que um maior número de estudos seja incluído e principalmente, informações recentes que forneçam um novo panorama nesse contexto específico.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Sintetizar os estudos sobre a prevalência de violência obstétrica através de uma revisão sistemática envolvendo os países da América Latina e do Caribe.

5.2 Objetivos específicos

- Sintetizar estudos sobre a prevalência de violência obstétrica na assistência hospitalar estratificando pelo motivo da internação (parto ou aborto) nos países da América Latina e Caribe.

6 MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática e segue as recomendações do protocolo PRISMA 2020. Essa revisão foi cadastrada no *International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)*, sob o código: CRD: 42023409728.

6.1 Critério de elegibilidade

Os critérios de inclusão para a revisão sistemática abrangem estudos observacionais que detalham a violência obstétrica durante a internação para parto ou aborto, com foco geográfico restrito à América Latina e Caribe. Foram considerados estudos com abordagens transversais, de coorte ou métodos mistos, desde que fornecessem dados sobre a prevalência de violência obstétrica. A revisão incluiu artigos em inglês, português ou espanhol.

Foram excluídos estudos cuja investigação da violência obstétrica se deu fora do ambiente hospitalar, que empregassem metodologias qualitativas, relatos de caso ou outras revisões sistemáticas, bem como estudos sobre a experiência relatadas por profissionais da saúde, familiares ou qualquer outro grupo que não as mulheres sob risco de sofrer violência obstétrica. Também foram excluídos manuscritos não publicados, dissertações, teses e resumos de congresso.

6.2 Fonte de informação

Foram consultadas, ao todo, seis bases de dados. São elas: MEDLINE, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycInfo e Scopus. Todas as buscas foram realizadas entre os dias 3 e 4 de outubro de 2023. Além disso, foram realizadas buscas manuais nas referências dos artigos incluídos na revisão.

6.3 Estratégia de busca

Inicialmente, foi conduzida uma busca não sistemática em diversas bases de dados visando identificar as palavras chave que melhor descrevessem a violência obstétrica. Com base nessa pesquisa foi desenvolvida uma estratégia de busca para o MEDLINE. Para as outras bases de dados, as respectivas estratégias foram adaptadas de acordo com o aplicativo *Poliglot Search Translator* (8). Não houve restrição da busca por idioma ou limite temporal.

Quadro 3 - Estratégia de busca para a base de dados

MEDLINE (PubMed)
((("obstetric violence" OR "mistreat*" OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR "Gender-Based Violence"[Mesh] OR "Gender-Based Violence") AND (((("Parturition"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Abortion, Induced"[Mesh] OR "Abortion, Spontaneous"[Mesh]) OR "parturition" OR "childbirth" OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR "miscarriage" OR "labor"))) AND ((((((("Longitudinal Studies"[Mesh]) AND "Prospective Studies"[Mesh]) OR "Cohort Studies"[Mesh]) OR "Birth Cohort"[Mesh]) OR "Incidence"[Mesh]) OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR "incidence" OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort") OR ((("Prevalence"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh]) OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "prevalence" OR "cross-sectional studies" OR "survey"))
LILACS
((mh:("obstetric violence") OR "obstetric violence" OR "mistreat*" OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR mh:("gender-based violence") OR "gender-based violence")) AND ((mh:("childbirth") OR mh:("birth") OR "childbirth" OR "birth" OR mh:("Labor, Obstetric") OR "labor, obstetric" OR mh:(parturition) OR "parturition" OR mh:("Abortion, Spontaneous") OR "abortion, spontaneous" OR mh:("Abortion, Induced") OR "abortion, induced" OR "miscarriage" OR mh:("abortion") OR "abortion"))
EMBASE
('obstetric violence' OR mistreat* OR 'institutional violence' OR 'disrespect and abuse' OR 'respectful maternity care' OR 'gender-based violence'/exp OR 'gender-based violence') AND ('parturition'/exp OR 'labor, obstetric'/exp OR 'abortion, induced'/exp OR 'abortion, spontaneous'/exp OR parturition OR childbirth OR 'abortion, induced' OR 'abortion, spontaneous' OR miscarriage OR labor) AND ('longitudinal studies'/exp AND 'prospective studies'/exp OR 'cohort studies'/exp OR 'birth cohort'/exp OR 'incidence'/exp OR 'follow-up studies'/exp OR 'cohort studies' OR 'birth cohort' OR incidence OR 'follow-up studies' OR 'longitudinal studies' OR 'prospective studies' OR cohort OR 'prevalence'/exp OR 'cross-sectional studies'/exp OR 'surveys and questionnaires'/exp OR prevalence OR 'cross-sectional studies' OR survey)
CINAHL
((("obstetric violence" OR mistreat* OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR (MH "Gender-Based Violence+") OR "Gender-Based Violence") AND (((((MH Parturition+)) OR (MH "Labor, Obstetric+")) OR ((MH "Abortion, Induced+") OR (MH "Abortion, Spontaneous+")) OR parturition OR childbirth OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR miscarriage OR labor)) AND (((((((MH "Longitudinal Studies+")) AND (MH "Prospective Studies+")) OR (MH "Cohort Studies+")) OR (MH "Birth Cohort+")) OR (MH Incidence+)) OR (MH "Follow-Up Studies+")) OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR incidence OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR cohort) OR (((MH Prevalence+) OR (MH "Cross-Sectional Studies+")) OR (MH "Surveys and Questionnaires+") OR prevalence OR "cross-sectional studies" OR survey))
PSYCOINFO
((("obstetric violence" OR mistreat* OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR exp "Gender-Based Violence"/ OR "Gender-Based Violence") AND (((exp Parturition/) OR exp "Labor, Obstetric"/) OR (exp "Abortion, Induced"/ OR exp "Abortion, Spontaneous"/) OR parturition OR childbirth OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR miscarriage OR labor)) AND ((((((exp "Longitudinal Studies"/) AND exp "Prospective Studies"/) OR exp "Cohort Studies"/) OR exp "Birth Cohort"/) OR exp Incidence/) OR exp "Follow-Up Studies"/ OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR incidence OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR cohort) OR ((exp Prevalence/ OR exp "Cross-Sectional Studies"/) OR exp "Surveys and Questionnaires"/ OR prevalence OR "cross-sectional studies" OR survey))
SCOPUS (advanced search)
(ALL ("obstetric violence") OR ALL (mistreat*) OR ALL ("institutional violence") OR ALL ("disrespect and abuse") OR ALL ("respectful maternity care") OR INDEXTERMS ("Gender-Based Violence") OR ALL ("Gender-Based Violence")) AND (INDEXTERMS (parturition) OR INDEXTERMS ("labor, obstetric") OR (INDEXTERMS ("abortion, induced") OR INDEXTERMS ("abortion, spontaneous")) OR ALL (parturition) OR ALL (childbirth) OR ALL ("abortion induced") OR ALL ("abortion spontaneous") OR ALL (miscarriage) OR ALL (labor)) AND ((INDEXTERMS ("Longitudinal Studies") AND INDEXTERMS ("Prospective Studies")) OR INDEXTERMS ("Cohort Studies") OR INDEXTERMS ("Birth Cohort") OR INDEXTERMS (incidence) OR INDEXTERMS ("follow up


```

studies" ) OR ALL ( "Longitudinal Studies" ) OR ALL ( "Prospective Studies" ) OR ALL ( "Cohort Stud-
ies" ) OR ALL ( "Birth Cohort" ) OR ALL ( incidence ) OR ALL ( "follow up studies" ) OR ALL ( "Lon-
gitudinal Studies" ) OR ALL ( "Prospective Studies" ) OR ALL ( cohort ) OR ( INDEXTERMS ( preva-
lence ) OR INDEXTERMS ( "cross sectional studies" ) OR INDEXTERMS ( "Surveys and Question-
naires" ) OR ALL ( prevalence ) OR ALL ( "cross sectional studies" ) OR ALL ( survey ) ) ) AND ( EX-
CLUDE ( SUBJAREA , "CENG" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "MATE" ) OR EXCLUDE ( SUB-
JAREA , "CHEM" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "DENT" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "VETE" )
OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "MATH" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "PHAR" ) OR EXCLUDE (
SUBJAREA , "ENER" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "NEUR" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA
, "EART" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "IMMU" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "DECI" ) OR EX-
CLUDE ( SUBJAREA , "AGRI" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "ENGI" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA
, "BIOC" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "COMP" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "ENVI" ) OR EX-
CLUDE ( SUBJAREA , "ECON" ) OR EXCLUDE ( SUBJAREA , "BUSI" ) ) AND ( EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "United States" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "United Kingdom" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Australia" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Canada" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "South Africa" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "India" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Ethiopia" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Switzerland" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Sweden" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Netherlands" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Kenya" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Germany" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Nigeria" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "China" ) OR EXCLUDE
( AFFILCOUNTRY , "Spain" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Ghana" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Tanzania" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Norway" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Italy" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Uganda" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Ireland" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Iran" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Bangladesh" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Belgium" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Nepal" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "France" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Pakistan" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Turkey" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Malawi" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Israel" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Japan" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Denmark" ) OR EXCLUDE ( AF-
FILCOUNTRY , "Portugal" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "New Zealand" ) OR EXCLUDE (
AFFILCOUNTRY , "South Korea" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Hong Kong" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Zambia" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Thailand" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Lebanon" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Singapore" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Indonesia" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Viet Nam" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Rwanda" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Poland" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Mozambique" ) OR EXCLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Finland" ) OR EX-
CLUDE ( AFFILCOUNTRY , "Egypt" ) ) AND ( EXCLUDE ( DOCTYPE , "bk" ) OR EXCLUDE ( DOC-
TYPE , "re" ) OR EXCLUDE ( DOCTYPE , "ed" ) OR EXCLUDE ( DOCTYPE , "no" ) OR EXCLUDE
( DOCTYPE , "le" ) OR EXCLUDE ( DOCTYPE , "cp" ) OR EXCLUDE ( DOCTYPE , "ch" ) )

```

6.4 Seleção dos artigos incluídos

Todos os artigos recuperados das bases de dados foram importados para o Rayyan (9). Esse programa possui algumas funcionalidades que permitem a exclusão de duplicatas de forma automatizada entre outras facilidades.

A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras (P.S e M.M) que trabalharam de forma cega. Em um primeiro momento, todas as publicações foram avaliadas de acordo com o título e o resumo e selecionadas caso houvesse possibilidade de conter as informações de interesse. Todos os artigos excluídos foram classificados devido ao motivo da exclusão.

A segunda etapa consistiu na leitura na íntegra de todos os artigos selecionados na etapa anterior para a confirmação dos critérios de elegibilidade e exclusão. Após essa etapa, foi quebrado o cegamento e todos os casos discordantes foram resolvidos por uma terceira pesquisadora (T.L.) com base nos critérios de inclusão e exclusão. Ainda assim, quando necessário foi realizado uma discussão entre a equipe envolvida na realização dessa revisão sistemática para a tomada de decisão final.

6.5 Processo de extração de dados e informações recuperadas

A extração dos dados foi feita em uma planilha padronizada utilizando o programa Excel. Todas as características extraídas foram acordadas entre os pesquisadores que conduziram essa revisão sistemática. Foi realizado um teste de extração em cinco publicações elegíveis a essa revisão com o objetivo de adaptar a planilha aos dados a serem coletados.

Visando padronizar processo, foi estabelecido um conjunto de diretrizes para cada característica a ser extraída. Todas as regras estavam disponíveis para consulta em caso de dúvidas. O processo de extração foi conduzido simultaneamente por três pesquisadoras, que trabalharam de maneira independente.

Durante o processo de extração, foi observado que informações de violência obstétrica de determinadas pesquisas poderiam estar dispersas em mais de uma publicação, por fazerem parte da mesma base. Para evitar duplicidade de informações, todos os estudos identificados como pertencentes da mesma pesquisa-mãe foram agrupados, e todas as informações existentes foram extraídas conjuntamente. A exceção se deu para pesquisas que, mesmo sendo provenientes da mesma pesquisa-mãe, retratavam subgrupos específicos da população alvo. Neste caso, as informações foram extraídas separadamente.

Em relação aos dados extraídos, as seguintes informações foram recuperadas: autor, ano da publicação, título do artigo, motivo da internação, idioma da publicação, país, população de estudo, número amostral, desenho de estudo, critérios de elegibilidade da pesquisa, proporção de parto vaginal, cesariana e aborto, tipo de assistência hospitalar (público ou privado), informações sobre a forma de coleta de dados sobre violência obstétrica, local, tipo de prevalência (pontual ou ao longo da vida) e momento após o parto em que foi realizada a coleta de dados.

Com o intuito de aproveitar o máximo possível às informações de prevalência fornecida pelos artigos, esses dados foram extraídos de três maneiras distintas a depender de como a informação foi fornecida pela publicação original, a saber: 1) Prevalência por domínio de

violência obstétrica (ex: violência obstétrica física composto pela combinação de cinco perguntas - bater, empurrar, estapear, beliscar, amarrar); 2) prevalência de violência obstétrica total (a combinação de todos os atos de violência obstétrica considerada pelo autor) e por fim; 3) prevalência de violência obstétrica a partir de procedimentos inadequados ou obsoletos (ex: episiotomia, manobra de kristeller entre outros).

6.6 Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliar a qualidade dos estudos originais que compõem a revisão sistemática, utilizamos o “*Critical Appraisal Instrument for Studies Reporting Prevalence Data*”, disponível entre as ferramentas de avaliação crítica *Joanna Briggs Institute* revisões sistemáticas (10). Esta ferramenta é composta por nove perguntas abarcando diversos aspectos para análise da qualidade metodológica, são elas: 1) A amostra é adequada para abordar a população alvo? 2) O processo de amostragem foi conduzido de forma adequada? 3) O tamanho da amostra foi adequado? 4) Os participantes do estudo e contexto/ambiente foram descritos detalhadamente? 5) A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? 6) Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição? 7) A condição foi medida de forma padronizada e confiável para todos os participantes? 8) A análise estatística foi adequada? 9) A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerida de forma adequada? Todas as perguntas deveriam ser classificadas em três categorias de resposta, a saber, “Sim”, “Não” e “Não estava claro/impossível de ser avaliado”. Essa etapa foi realizada por três entrevistadoras que trabalharam simultaneamente e de forma independente.

6.7 Medida de efeito de interesse

A medida de efeito de interesse foi a prevalência de violência obstétrica. Esta prevalência poderia ser considerando somente o último parto/aborto; ou considerando todo o histórico reprodutivo da mulher ao longo de sua vida.

6.8 Método de síntese

A síntese dos dados foi realizada considerando separadamente mulheres em situação de parto e aborto.

A prevalência de violência obstétrica foi sintetizada por dimensões de violência obstétrica, pela combinação de todas as dimensões de violência obstétrica (violência obstétrica total) e também foi avaliado segundo procedimentos inadequados.

7 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados no formato de artigo científico.

7.1 Prevalência de violência obstétrica na América latina e Caribe: Uma revisão Sistemática

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica, prevalente na América Latina e Caribe, é uma forma de violência de gênero manifestada no parto por profissionais de saúde. Ela reflete a medicalização excessiva do parto e desigualdades de poder nas instituições, também é caracterizada pela perda de autonomia da mulher e pode incluir abusos físicos, verbais e negligência. **Objetivo:** realizar uma revisão sistemática sobre a prevalência de violência obstétrica em mulheres durante assistência ao parto e aborto em países da América Latina e Caribe. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática sobre a ocorrência de violência obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe. Foram consultadas seis bases de dados (MEDLINE, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycInfo, Scopus), onde foram extraídas informações de prevalência combinada, por subgrupos, e informações sobre a coleta de dados. **Resultados:** Foram analisados 62 artigos, provenientes do Brasil, México, Equador, Chile, Venezuela, Peru, Argentina, Guatemala e Honduras, que demonstraram a presença de violência obstétrica na América Latina. Os resultados apontam para uma alta variabilidade nas prevalências encontradas, com taxas entre 5,7% e 100%. Foram encontradas divergências entre referencial teórico, instrumentos/perguntas e quantidade de item/perguntas utilizadas para mensurar violência obstétrica, por este motivo, optou-se por não realizar uma metanálise para sintetizar os dados. **Conclusão:** Este estudo evidencia a alta prevalência e complexidade da violência obstétrica na América Latina e Caribe, sublinhando a urgência de métodos padronizados e um consenso na definição para desenvolver estratégias eficazes de proteção e dignidade das mulheres tanto no parto quanto no aborto.

Palavras-chave: violência obstétrica; prevalência; Revisão sistemática

Prevalence of Obstetric Violence in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence, prevalent in Latin America and the Caribbean, is a form of gender-based violence manifested during childbirth by healthcare professionals. It reflects the excessive medicalization of childbirth and power imbalances within institutions and is characterized by the loss of women's autonomy, including physical, verbal abuses, and neglect. **Objective:** To conduct a systematic review on the prevalence of obstetric violence against women during childbirth and abortion care in Latin American and Caribbean countries. **Methods:** This systematic review focuses on the occurrence of obstetric violence during childbirth and abortion in Latin America and the Caribbean. Six databases were consulted (MEDLINE, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycInfo, Scopus), from which information on combined prevalence, subgroup prevalence, and data collection methods was extracted. **Results:** Sixty-two articles from Brazil, Mexico, Ecuador, Chile, Venezuela, Peru, Argentina, Guatemala, and Honduras were analyzed, demonstrating the presence of obstetric violence in Latin America. The results indicate a high variability in the prevalence rates found, ranging from 5.7% to 100%. Discrepancies were found between theoretical frameworks, instruments/questions, and the number of items/questions used to measure obstetric violence, which led to the decision not to perform a meta-analysis to synthesize the data. **Conclusion:** This study highlights the high prevalence and complexity of obstetric violence in Latin America and the Caribbean, underlining the urgency for standardized methods and a consensus in definition to develop effective strategies for the protection and dignity of women during both childbirth and abortion.

Keywords: obstetric violence; prevalence; Systematic review

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma violência de gênero contra a mulher que pode acontecer durante a gestação e puerpério, sendo a assistência ao parto e o aborto os momentos mais críticos de sua ocorrência. Em geral, essa forma de violência acontece dentro dos serviços de saúde tendo como principais perpetradores os profissionais que prestam assistência às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A violência obstétrica pode ser expressa através de abusos físico, verbal, sexual, estigma e discriminação, falha na oferta de cuidados qualificados, falha na comunicação com a equipe de saúde e por fim restrições do serviço de saúde (1)

Apesar de não haver um consenso sobre a melhor definição e nomenclatura, também chamado de “Desrespeitos e Abusos no Parto”, “Maus-tratos”, houve um reconhecimento deste problema pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014 a partir da crescente conscientização sobre sua ocorrência em diversos países e contextos pela sociedade civil e grupos feministas (2). Assim, o debate tem sido intensificado nos últimos anos, mostrando a necessidade de assegurar cuidados maternos dignos e respeitosos (3). Além disso, é importante que a assistência ao parto e nascimento seja capaz de criar uma experiência de vida positiva, seja baseada em evidência científica para garantir qualidade e segurança e integre tanto às necessidades físicas quanto emocionais da mulher e seu recém-nascido (4).

Considerando a prevalência de Violência obstétrica na América Latina e Caribe, a pesquisa mais recente envolvendo esses países foi publicada em 2019 (6). Trata-se de uma revisão sistemática compreendendo 18 estudos publicados entre 2005 e 2017. Com base no resultado da metanálise, 43% das mulheres sofreram algum tipo de violência durante o parto e 29% durante o aborto, com variações significativas entre os países (6). Deste estudo foi possível traçar um panorama preliminar acerca da prevalência de violência obstétrica na região. No entanto, uma análise mais detalhada dessa revisão revela lacunas que sinalizam a necessidade de uma nova síntese. Entre elas, a restrição do número de bases de dados consultadas, um intervalo importante de tempo entre a pesquisa e sua publicação e um crescimento de publicações sobre o tema após 2019.

Dessa forma, dada a importância do tema e o surgimento de novas publicações sobre o assunto, surgiu a necessidade de uma nova síntese sobre o assunto. Assim, o objetivo desse artigo é realizar uma revisão sistemática sobre a prevalência de violência obstétrica em mulheres durante assistência ao parto e aborto em países da América Latina e Caribe.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática e segue as recomendações do protocolo PRISMA 2020 (7). Essa revisão foi cadastrada no *International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)*, sob o código: CRD: 42023409728.

Critério de elegibilidade

Os critérios de inclusão para a revisão sistemática abrangem estudos observacionais que detalham a violência obstétrica durante a internação para parto ou aborto, com foco geográfico restrito à América Latina e Caribe. Foram considerados estudos com abordagens transversais, de coorte ou métodos mistos, desde que fornecessem dados sobre a prevalência de violência obstétrica. A revisão incluiu artigos em inglês, português ou espanhol.

Foram excluídos estudos cuja investigação da violência obstétrica se deu fora do ambiente hospitalar, que empregassem metodologias qualitativas, relatos de caso ou outras revisões sistemáticas, bem como estudos sobre a experiência relatadas por profissionais da saúde, familiares ou qualquer outro grupo que não as mulheres sob risco de sofrer violência obstétrica. Também foram excluídos manuscritos não publicados, dissertações, teses e resumos de congresso.

Fonte de informação

Foram consultadas, ao todo, seis bases de dados. São elas: MEDLINE, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycInfo e Scopus. Todas as buscas foram realizadas entre os dias 3 e 4 de outubro de 2023. Além disso, foram realizadas buscas manuais nas referências dos artigos incluídos na revisão.

Estratégia de Busca

Inicialmente, foi conduzida uma busca não sistemática em diversas bases de dados visando identificar as palavras chave que melhor descrevessem a violência obstétrica. Com base

nessa pesquisa foi desenvolvida uma estratégia de busca para o MEDLINE. Para as outras bases de dados, as respectivas estratégias foram adaptadas de acordo com o aplicativo *Poliglot Search Translator* (8). Não houve restrição da busca por idioma ou limite temporal.

Quadro 1. Estratégia de busca para a base de dados.

MEDLINE (PubMed)
((("obstetric violence" OR "mistreat*" OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR "Gender-Based Violence"[Mesh] OR "Gender-Based Violence") AND (((("Parturition"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Abortion, Induced"[Mesh] OR "Abortion, Spontaneous"[Mesh]) OR "parturition" OR "childbirth" OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR "miscarriage" OR "labor"))) AND (((((((("Longitudinal Studies"[Mesh]) AND "Prospective Studies"[Mesh]) OR "Cohort Studies"[Mesh]) OR "Birth Cohort"[Mesh]) OR "Incidence"[Mesh]) OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR "incidence" OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort") OR (("Prevalence"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh]) OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "prevalence" OR "cross-sectional studies" OR "survey"))))
LILACS
((mh:("obstetric violence") OR "obstetric violence" OR "mistreat*" OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR mh:("gender-based violence") OR "gender-based violence")) AND ((mh:("childbirth") OR mh:("birth") OR "childbirth" OR "birth" OR mh:("Labor, Obstetric") OR "labor, obstetric" OR mh:(parturition) OR "parturition" OR mh:("Abortion, Spontaneous") OR "abortion, spontaneous" OR mh:("Abortion, Induced") OR "abortion, induced" OR "miscarriage" OR mh:("abortion") OR "abortion"))
EMBASE
('obstetric violence' OR mistreat* OR 'institutional violence' OR 'disrespect and abuse' OR 'respectful maternity care' OR 'gender-based violence'/exp OR 'gender-based violence') AND (parturition/exp OR 'labor, obstetric'/exp OR 'abortion, induced'/exp OR 'abortion, spontaneous'/exp OR parturition OR childbirth OR 'abortion, induced' OR 'abortion, spontaneous' OR miscarriage OR labor) AND ('longitudinal studies'/exp AND 'prospective studies'/exp OR 'cohort studies'/exp OR 'birth cohort'/exp OR 'incidence'/exp OR 'follow-up studies'/exp OR 'cohort studies' OR 'birth cohort' OR incidence OR 'follow-up studies' OR 'longitudinal studies' OR 'prospective studies' OR cohort OR 'prevalence'/exp OR 'cross-sectional studies'/exp OR 'surveys and questionnaires'/exp OR prevalence OR 'cross-sectional studies' OR survey)
CINAHL
((("obstetric violence" OR mistreat* OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR (MH "Gender-Based Violence+") OR "Gender-Based Violence") AND (((MH Parturition+) OR (MH "Labor, Obstetric+")) OR ((MH "Abortion, Induced+") OR (MH "Abortion, Spontaneous+")) OR parturition OR childbirth OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR miscarriage OR labor)) AND (((((((MH "Longitudinal Studies+") AND (MH "Prospective Studies+")) OR (MH "Cohort Studies+")) OR (MH "Birth Cohort+")) OR (MH Incidence+)) OR (MH "Follow-Up Studies+") OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR incidence OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR cohort) OR (((MH Prevalence+) OR (MH "Cross-Sectional Studies+")) OR (MH "Surveys and Questionnaires+") OR prevalence OR "cross-sectional studies" OR survey))
PSYCOINFO
((("obstetric violence" OR mistreat* OR "institutional violence" OR "disrespect and abuse" OR "respectful maternity care" OR exp "Gender-Based Violence"/ OR "Gender-Based Violence") AND (((exp Parturition/) OR exp "Labor, Obstetric"/) OR (exp "Abortion, Induced"/ OR exp "Abortion, Spontaneous"/) OR parturition OR childbirth OR "abortion, induced" OR "abortion, spontaneous" OR miscarriage OR labor)) AND (((((((exp "Longitudinal Studies"/) AND exp "Prospective Studies"/) OR exp "Cohort Studies"/) OR exp "Birth Cohort"/) OR exp Incidence/) OR exp "Follow-Up Studies"/ OR "longitudinal studies" OR "prospective studies" OR "cohort studies" OR "birth cohort" OR incidence OR "follow-up studies" OR "longitudinal studies" OR

"prospective studies" OR cohort) OR ((exp Prevalence/ OR exp "Cross-Sectional Studies"/) OR exp "Surveys and Questionnaires"/ OR prevalence OR "cross-sectional studies" OR survey))

SCOPUS (advanced search)

(ALL ("obstetric violence") OR ALL (mistreat*) OR ALL ("institutional violence") OR ALL ("disrespect and abuse") OR ALL ("respectful maternity care") OR INDEXTERMS ("Gender-Based Violence") OR ALL ("Gender-Based Violence")) AND (INDEXTERMS (parturition) OR INDEXTERMS ("labor, obstetric") OR (INDEXTERMS ("abortion, induced") OR INDEXTERMS ("abortion, spontaneous")) OR ALL (parturition) OR ALL (childbirth) OR ALL ("abortion induced") OR ALL ("abortion spontaneous") OR ALL (miscarriage) OR ALL (labor)) AND ((INDEXTERMS ("Longitudinal Studies") AND INDEXTERMS ("Prospective Studies")) OR INDEXTERMS ("Cohort Studies") OR INDEXTERMS ("Birth Cohort") OR INDEXTERMS (incidence) OR INDEXTERMS ("follow up studies") OR ALL ("Longitudinal Studies") OR ALL ("Prospective Studies") OR ALL ("Cohort Studies") OR ALL ("Birth Cohort") OR ALL (incidence) OR ALL ("follow up studies") OR ALL ("Longitudinal Studies") OR ALL ("Prospective Studies") OR ALL (cohort) OR (INDEXTERMS (prevalence) OR INDEXTERMS ("cross sectional studies") OR INDEXTERMS ("Surveys and Questionnaires") OR ALL (prevalence) OR ALL ("cross sectional studies") OR ALL (survey))) AND (EXCLUDE (SUBJAREA , "CENG") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "MATE") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "CHEM") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "DENT") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "VETE") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "MATH") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "PHAR") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENER") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "NEUR") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "EART") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "IMMU") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "DECI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "AGRI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENGI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "BIOC") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "COMP") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENVI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ECON") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "BUSI")) AND (EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "United States") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "United Kingdom") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Australia") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Canada") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "South Africa") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "India") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Ethiopia") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Switzerland") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Sweden") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Netherlands") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Kenya") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Germany") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Nigeria") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "China") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Spain") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Ghana") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Tanzania") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Norway") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Italy") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Uganda") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Ireland") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Iran") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Bangladesh") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Belgium") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Nepal") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "France") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Pakistan") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Turkey") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Malawi") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Israel") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Japan") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Denmark") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Portugal") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "New Zealand") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "South Korea") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Hong Kong") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Zambia") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Thailand") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Lebanon") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Singapore") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Indonesia") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Viet Nam") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Rwanda") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Poland") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Mozambique") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Finland") OR EXCLUDE (AFFILCOUNTRY , "Egypt")) AND (EXCLUDE (DOCTYPE , "bk") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "re") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "ed") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "no") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "le") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "cp") OR EXCLUDE (DOCTYPE , "ch"))

Seleção dos artigos incluídos

Todos os artigos recuperados das bases de dados foram importados para o Rayyan (9). Esse programa possui algumas funcionalidades que permitem a exclusão de duplicatas de forma automatizada entre outras facilidades.

A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras (P.S e M.M) que trabalharam de forma cega. Em um primeiro momento, todas as publicações foram avaliadas de acordo com o título e o resumo e selecionadas caso houvesse possibilidade de conter as informações de interesse. Todos os artigos excluídos foram classificados devido ao motivo da exclusão.

A segunda etapa consistiu na leitura na íntegra de todos os artigos selecionados na etapa anterior para a confirmação dos critérios de elegibilidade e exclusão. Após essa etapa, foi quebrado o cegamento e todos os casos discordantes foram resolvidos por uma terceira pesquisadora (T.L) com base nos critérios de inclusão e exclusão. Ainda assim, quando necessário foi realizado uma discussão entre a equipe envolvida na realização dessa revisão sistemática para a tomada de decisão final.

Processo de extração de dados e informações recuperadas

A extração dos dados foi feita em uma planilha padronizada utilizando o programa Excel. Todas as características extraídas foram acordadas entre os pesquisadores que conduziram essa revisão sistemática. Foi realizado um teste de extração em cinco publicações elegíveis a essa revisão com o objetivo de adaptar a planilha aos dados a serem coletados.

Visando padronizar processo, foi estabelecido um conjunto de diretrizes para cada característica a ser extraída. Todas as regras estavam disponíveis para consulta em caso de dúvidas. O processo de extração foi conduzido simultaneamente por três pesquisadoras, que trabalharam de maneira independente.

Durante o processo de extração, foi observado que informações de violência obstétrica de determinadas pesquisas poderiam estar dispersas em mais de uma publicação, por fazerem parte da mesma base. Para evitar duplicidade de informações, todos os estudos identificados como pertencentes da mesma pesquisa-mãe foram agrupados, e todas as informações existentes foram extraídas conjuntamente. A exceção se deu para pesquisas que, mesmo sendo provenientes da mesma pesquisa-mãe, retratavam subgrupos específicos da população alvo. Neste caso, as informações foram extraídas separadamente.

Em relação aos dados extraídos, as seguintes informações foram recuperadas: autor, ano da publicação, título do artigo, motivo da internação, idioma da publicação, país, população de estudo, número amostral, desenho de estudo, critérios de elegibilidade da pesquisa, proporção de parto vaginal, cesariana e aborto, tipo de assistência hospitalar (público ou privado), informações sobre a forma de coleta de dados sobre violência obstétrica, local, tipo de prevalência (pontual ou ao longo da vida) e momento após o parto em que foi realizada a coleta de dados.

Com o intuito de aproveitar o máximo possível às informações de prevalência fornecida pelos artigos, esses dados foram extraídos de três maneiras distintas a depender de como a informação foi fornecida pela publicação original, a saber: 1) Prevalência por domínio de violência obstétrica (ex: violência obstétrica física composto pela combinação de cinco perguntas - bater, empurrar, estapear, beliscar, amarrar); 2) prevalência de violência obstétrica total (a combinação de todos os atos de violência obstétrica considerada pelo autor) e por fim; 3) prevalência de violência obstétrica a partir de procedimentos inadequados ou obsoletos (ex: episiotomia, manobra de kristeller entre outros).

Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliar a qualidade dos estudos originais que compõem a revisão sistemática, utilizamos o “*Critical Appraisal Instrument for Studies Reporting Prevalence Data*”, disponível entre as ferramentas de avaliação crítica *Joanna Briggs Institute* revisões sistemáticas (10). Esta ferramenta é composta por nove perguntas abarcando diversos aspectos para análise da qualidade metodológica, são elas: 1. A amostra é adequada para abordar a população alvo? 2. O processo de amostragem foi conduzido de forma adequada? 3. O tamanho da amostra foi adequado? 4. Os participantes do estudo e contexto/ambiente foram descritos detalhadamente? 5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? 6. Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição? 7. A condição foi medida de forma padronizada e confiável para todos os participantes? 8. A análise estatística foi adequada? 9. A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerida de forma adequada? Todas as perguntas deveriam ser classificadas em três categorias de resposta, a saber, “Sim”, “Não” e “Não estava claro/impossível de ser avaliado”. Essa etapa foi realizada por três entrevistadoras que trabalharam simultaneamente e de forma independente.

Medida de efeito de interesse

A medida de efeito de interesse foi a prevalência de violência obstétrica. Esta prevalência poderia ser considerando somente o último parto/aborto; ou considerando todo o histórico reprodutivo da mulher ao longo de sua vida.

Método de síntese

A síntese dos dados foi realizada considerando separadamente mulheres em situação de parto e aborto.

A prevalência de violência obstétrica foi sintetizada por dimensões de violência obstétrica, pela combinação de todas as dimensões de violência obstétrica (violência obstétrica total) e também foi avaliado segundo procedimentos inadequados ou obsoletos.

RESULTADOS

Resultados da busca bibliográfica

Nesta revisão, foram incluídas 62 publicações, provenientes de 56 pesquisas-mãe diferentes, de acordo com o fluxograma da Figura 1.

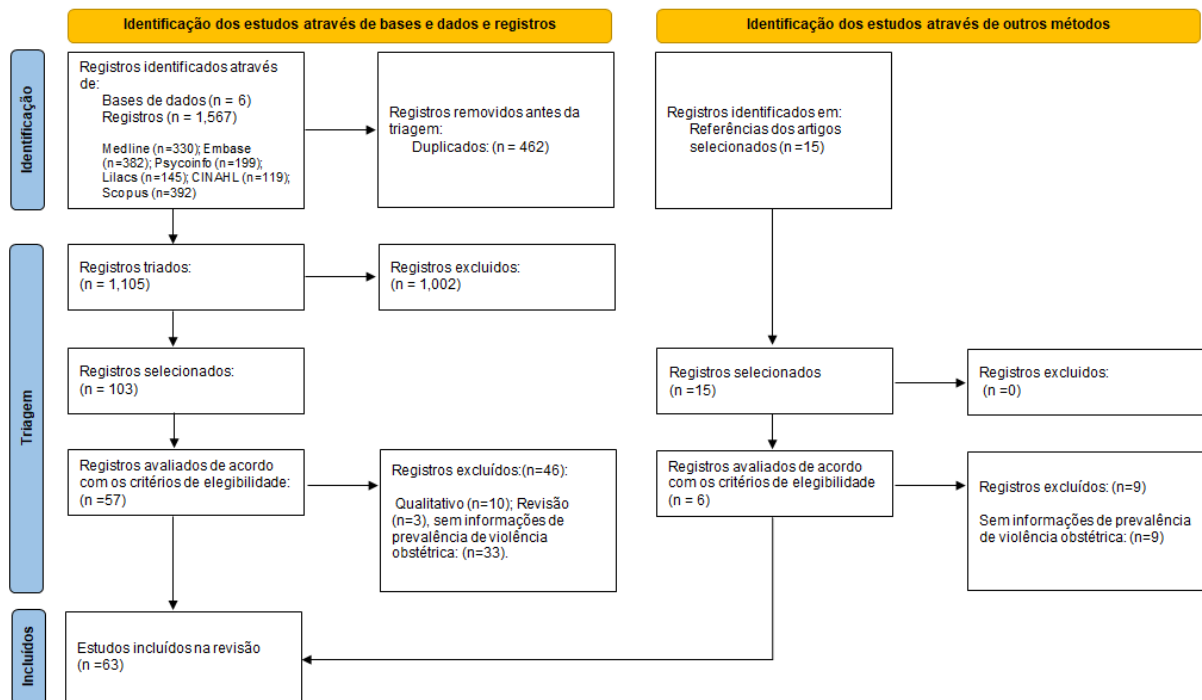


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos de prevalência de violência obstétrica

Características dos estudos selecionados

Entre essas pesquisas, cinquenta e uma focaram em mulheres no qual o motivo da internação no hospital/maternidade foi o parto; três tiveram como público alvo mulheres em situação de aborto (13) (15) e três abordaram conjuntamente as situações de parto e aborto (11) (12) (14). Os estudos foram publicados entre 2006 – 2023. No entanto mais da metade das publicações ocorreram a partir de 2019.

Em termos geográficos, a maioria das pesquisas são do Brasil (28 estudos); seguido pelo México com (10); Equador (4), Chile (4), Venezuela (3); Peru (2); Argentina (2), Guatemala (2) e Honduras (1). Além disso, houve um estudo multicêntrico que incluiu o Chile, Uruguai, Peru, Argentina, República Dominicana e Brasil (16). A maior parte dos artigos foram publicados em Inglês. Publicações em espanhol e em português possuem proporções semelhantes.

Quanto ao desenho de estudo, a grande maioria são de pesquisas transversais (85%); em torno de 15% são dados transversais provenientes de coortes como estudo de fundo. O número de participantes nos estudos variou entre 18 e 24.064 indivíduos. A maior parte dos artigos não

deixa claro se envolveram hospitais públicos, privados ou ambos em suas amostras (dado não disponível na Tabela 1).

Considerando abordagem ao tema da violência obstétrica, grande parte dos autores optou por usar termos enfáticos como “violência obstétrica”; “maus-tratos no parto/aborto” ou “desrespeitos e abusos no parto/aborto” para expressar de forma clara a experiência de violência ocorrida no momento do parto. No entanto um número considerável de publicações que também falam sobre violência obstétrica opta por fazer de forma suavizada utilizando termos como “procedimentos obstétricos” “cuidado materno respeitoso”, “satisfação com o atendimento ao parto/aborto” Por fim, alguns artigos misturam as duas abordagens.

Ainda sobre a mensuração, 66% das pesquisas questionaram as mulheres sobre a experiência de violência obstétrica através de entrevistas face a face ainda na maternidade e logo após o parto ou aborto. Em relação a medida de prevalência utilizada, 90% dos estudos coletaram informações acerca do último parto/aborto, enquanto 10% consideraram o histórico reprodutivo ao longo da vida.

Tabela 1 – Apresentação das características metodológicas dos estudos selecionados

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
MULHERES EM SITUAÇÃO DE PARTO								
Andrade et al., 2016	603	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
² Binfa et al., 2016 (1)	3.009	Multicêntrico	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face e Prontuário	Maternidade	Logo após parto/aborto
Binfa et al., 2016 (2)	1.882	Chile	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face e Prontuário	Maternidade	Logo após parto/aborto
Biscecli et al., 2015	172	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Brandão et al., 2018	388	Equador	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	NA
Camacaro et al., 2015	160	Venezuela	Enfática	Transversal	Pontual	NA	NA	NA
Cardenas Castro et al., 2022	2.105	Chile	Enfática	Transversal	Lv	Autopreenchido	NSA	NA
Cardenas Castro, et al. 2021	367	Chile	Enfática	Transversal	Lv	Face a Face	Domicílio	NA
Carvalho et al., 2021	18	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Autopreenchido	NSA	NA
Castro et al., 2020	24.064	México	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Domicílio	Até 60 meses após o parto/aborto
Coo et al., 2023	148	Chile	Ambos	Transversal	Pontual	Telefone	Domicílio	Até 3 meses após o parto/aborto

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
Correa et al., 2021	45	Argentina	Ambos	Coorte	Pontual	Face a Face	Domicílio	Até 1 mês após o parto/aborto
¹ D'Orsi et al., 2014; Leite et al., 2020; Leite, et al., 2021; Leite et al., 2023	15.688	Brasil	Enfática	Coorte	Pontual	Telefone	Domicílio	Entre 6 a 12 meses após o parto/aborto
Diniz et al., 2014	2.394	Brasil	Suavizada	Coorte	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Dornelas et al., 2022	745	Brasil	Enfática	Coorte	Lv	Autopreenchido	NA	NA
Figueroa-Palomino et al., 2017	45	México	Enfática	Transversal	Lv	Face a Face	Domicílio	NSA
Filha et al., 2022	2.348	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Fuentes et al., 2022	17.211	Equador	Enfática	Transversal	Lv	Face a Face	Domicílio	NA
García-Torres et al., 2020	190	México	Ambos	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Giordano et al., 2019	580	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face e Autopreenchido	Maternidade / NSA	Até 36 meses após o parto/aborto
Guerrero-Sotelo et al., 2020	143	México	Enfática	Transversal	Lv	Face a Face	Domicílio	NA
Huarino-Suca et al., 2021	250	Peru	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
¹ Lansky et al., 2019; Fernandes et al., 2022	555	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Telefone	NSA	NA

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
Leal et al., 2014	9.768	Brasil	Suavizada	Coorte	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Leal et al., 2016	241	Brasil	Ambos	Transversal	Pontual	Face a Face	NSA	Até 12 meses após o parto/aborto
Madeiro et al., 2022	698	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Madrid Medina et al., 2019	140	México	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Martins et al., 2021	287	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Domicílio	Até 1 mês após o parto/aborto
Meijer et al., 2019	388	Equador	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Até 1 mês após o parto/aborto
Menezes et al., 2006	6.652	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Mesenburg et al., 2018; Silveira et al., 2019	4.275	Brasil	Enfática	Coorte	Pontual	Face a Face	Domicílio	Até 12 meses após o parto/aborto
Monge et al., 2021	867	México	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face e Prontuário	Maternidade	Logo após parto/aborto
Monteschio et al., 2016	358	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face e Prontuário	Maternidade	Logo após parto/aborto
¹ Montesinos-Segura et al., 2017; Zafra-Tanaka et al., 2019	1.528	Peru	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
Nunes-Aguirre et al., 2023	496	México	Suavizada	Transversal	Pontual	Autopreenchido	Maternidade	Logo após parto/aborto
Ochoa-Fletes et al., 2021	376	Honduras	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Oliveira et al., 2022	291	Brasil	Suavizada	Coorte	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Paiz et al., 2022_1	287	Brasil	Enfática	Coorte	Pontual	Face a Face	Domicílio	Até 1 mês após o parto/aborto
Palma et al, 2017	1.626	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Autopreenchido	NSA	NA
Pascoal et al., 2020	132	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Peca et al., 2018	130	Guatemala	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Domicílio	NA
Pereira et al., 2015	225	Venezuela	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Pinto et al., 2020	344	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Prontuário	NSA	Logo após parto/aborto
Puppo et al., 2022	112	Argentina	Suavizada	Coorte	Pontual	Face a Face e Telefone	Domicílio / NA	1 mês após o parto/aborto
Rodrigues et al., 2017	293	Brasil	Ambos	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Rueda et al., 2022	996	Equador	Suavizada	Transversal	Pontual	NA	NA	NA

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
Santos et al., 2022	96	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Atenção Básica	NA
Sethi et al., 2022	140	Guatemala	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Silva et al., 2018	169	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Souza et al., 2017	10.468	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Atenção Básica	Até 3 meses após o parto/aborto
Terán et al., 2013	425	Venezuela	Enfática	Transversal	Pontual	Autopreenchido	Atenção Básica	NA
Tomasi et al., 2021	3.580	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Valdez-Santiago et al., 2013	512	México	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
Verano et al., 2019	519	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Prontuário	NSA	Logo após parto/aborto
MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO								
Aquino et al., 2012	2.804	Brasil	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
García-Torres et al., 2020	190	México	Suavizada	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto

Autor/Ano	Número Amostral	País	Abordagem a VO	Tipo de Estudo	Tipo de Prevalência	Coleta	Local da Coleta	Tempo da Coleta
Madeiro et al., 2017	78	Brasil	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto
³ Nunes-Aguirre et al., 2023	29	México	Suavizada	Transversal	Pontual	Autopreenchido	Maternidade	Logo após parto/aborto
³ Pereira et al., 2015	101	Venezuela	Enfática	Transversal	Pontual	Face a Face	Maternidade	Logo após parto/aborto

Legenda: LV: Todos os partos/abortos ocorridos ao longo da vida; NA: Não apresentado; NSA: Não se aplica.

Enfática: violência obstétrica, desrespeitos e abusos ou maus-tratos; Suavizada: satisfação, procedimentos obstétricos, cuidado materno respeitoso.

VO: Violência Obstétrica

¹ Estudos agrupados por serem oriundos da mesma pesquisa base

² Países incluídos no estudo: Chile, Uruguai, Peru, Argentina, Rep. Dominicana e Brasil

³ Estudos entraram duas vezes na tabela 1 pois contém informações de parto e aborto

Prevalência de violência obstétrica por dimensões

Catorze pesquisas informaram a prevalência de violência obstétrica por dimensões como pode ser observado na Tabela 2. Houve uma grande variação do referencial teórico sobre violência obstétrica utilizada em cada pesquisa. Algumas utilizaram definição já consagradas na literatura como a de “Bowser and Hill, 2010” (17) ; “Bohren, 2016” (9) ou da “Lei orgânica da Venezuela de 2007” (3), outras não evidenciaram o referencial teórico subjacente. O documento “Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência positiva de parto” (6) também foi citado como referencial teórico, embora não tenha uma definição explícita de violência obstétrica.

As dimensões que apareceram com maior frequência foram: 1) Abusos físicos; 2) Abuso verbal/Violência psicológica 3) Estigma e Discriminação; 4) Tratamento Não Consentido; 5) Negligência ou Abandono; 6) Confidencialidade ou Falta de Privacidade. Outras dimensões também apareceram com menor frequência como violência sexual; falha no atendimento profissional, falha na comunicação com a equipe de saúde, tratamento desumanizado, patologização e medicalização do atendimento, maus-tratos e abusos.

Considerando apenas as mulheres de parto 10/14 (dez de catorze) pesquisas estimaram o abuso físico (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27). A prevalência variou entre 4,1% (Brasil) (20) a 79,0% (México) (24).

O termo abuso verbal apareceu em 6/14 pesquisas considerando apenas as mulheres de parto (18) (20) (21) (26) (28) (27). A prevalência variou entre 9,1% no Brasil a 36% no México. O mesmo artigo apresentou a prevalência de abuso psicológico separado do abuso verbal 7,4%.

Em relação ao Estigma e discriminação 5/14 artigos informaram a prevalência desse quesito (19) (21) (22) (26) (23). Em três artigos os valores variaram entre zero (Argentina) (26) e 35% (Peru) (19).

Considerando a Negligência/abandono do cuidado 4/15 publicações (19) (22) (18) (21) informaram essa dimensão variando de 5,9% (18) a 41,2% (Peru). O cuidado não consentido foi avaliado por 6/15 pesquisas (18) (19) (21) (11) (25) (29). As prevalências foram bem amplas variando de 2,4% (México) (11) a 85,2% (Peru) (29). E por fim, a falta de confidencialidade ou privacidade foi avaliada em 3/15 pesquisas (30) (21) (22). Os valores encontrados foram 68,1% no estudo do Peru (19) e 2,9% (Brasil) (22).

Considerando apenas as mulheres de aborto, apenas um artigo (de 5 artigos sobre aborto) informou valores de prevalência de violência obstétrica segundo dimensões (15). A prevalência de violência física foi estimada em torno de 25,6%, discriminação (30,7%),

negligência (53,8%), cuidados não dignos (66.6%), ausência de confidencialidade ou privacidade (57,6%) e por fim, cuidados não consentidos (19,2%) Devido as divergências em relação ao referencial teórico, a metanálise não foi realizada considerando as dimensões de violência obstétrica.

Tabela 2 - Prevalência de violência obstétrica por dimensões

Autor/Ano	Referencial Teórico	Abuso Físico	Abuso Verbal/Psi	Estigma e Discriminação	Negligência ou Abandono	Tratamento não consentido	Confidencialidade ou Privacidade
MULHERES EM SITUAÇÃO DE PARTO							
Castro et al., 2020	Bohren et al., 2015; Bowser & Hill, 2010; Freedman et al., 2014	NA	NA	NA	NA	17.1	NA
Correa et al., 2021	Bohren et al	28.9	15.6	0	NA	NA	NA
Huarino-Suca et al., 2021	SRT: Questionário desenvolvido pelo Observatório de Violência Obstétrica da Espanha, 2016	NA	NA	NA	NA	85.2	NA
Lansky et al., 2019; Fernandes et al., 2022	Bowser and Hill	13.6	33.0	2.9	10.7	36.9	2.9
Leal et al., 2016	SRT	4.1	¹ 9.1 ² 7.4	NA	NA	NA	NA
Madeiro et al., 2022	Bohren et al	7.7	12.6	1.0	11.6	5.4	8.3
Madrid Medina et al., 2019	SRT	79	36	NA	NA	NA	NA
Mesenburg et al., 2018; Silveira et al., 2019	Bowser and Hill	4.5	9.3	NA	5.9	5.8	NA
Monge et al., 2021	Bowser and Hill	32	28.6	NA	NA	NA	NA
Montesinos-Segura et al., 2017; Zafra-Tanaka et al., 2019	Bowser and Hill; Windau-Melmer, 2013. A guide for advocating for respectful maternity care; Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015	45.3	NA	35	41.2	74.6	68.1

Autor/Ano	Referencial Teórico	Abuso Físico	Abuso Verbal/Psi	Estigma e Discriminação	Negligência ou Abandono	Tratamento não consentido	Confidencialidade ou Privacidade
Nunes-Aguirre et al., 2023	SRT	NA	NA	NA	NA	2.4	NA
Pereira et al., 2015	SRT	NA	24.4	NA	NA	NA	NA
Valdez-Santiago et al., 2013	SRT	7.6	19.3	NA	NA	NA	NA
MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO							
Madeiro et al., 2017	Bowser and Hill	25.6	NA	30.7	53.8	19.2	57.6

Legenda: NA: Não apresentado

SRT: Sem Referencial Teórico

Abuso Verbal/Psi: Abuso Verbal ou Psicológico

¹ Valor referente ao Abuso verbal

² Valor referente ao Abuso psicológico

Prevalência de violência obstétrica total

Considerando os resultados de prevalência de violência obstétrica total, ou seja, combinando todas as perguntas ou dimensões, trinta e sete pesquisas informaram uma medida combinada de violência obstétrica. A prevalência variou entre 5,7 (Brasil) (31) e 100% (32) como mostrado na Tabela 3. A metanálise não foi realizada devido à falta de comparabilidade dessa medida entre os estudos.

Tabela 3 - Prevalência de violência obstétrica total

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
MULHERES EM SITUAÇÃO DE PARTO		
Andrade et al., 2016	86.5	1) Uso da posição supina? 2) Uso da posição litotômica? 3) Exame retal? 4) Administração de ocitocina? 5) Incentivo aos puxos voluntários? 6) Amniotomia precoce? 7) Manobra de Kristeller? 8) Manipulação ativa do feto/Toques vaginais repetidos? 9) Restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto? 10) Episiotomia?
Biscecli et al., 2015	27.9	1) Conduta desrespeitosa e repreensão? 2) Falha no esclarecimento de dúvidas? 3) Proibição para acompanhante? 4) Procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos? 5) Episiotomia? 6) Amniotomia? 7) Enema? 8) Tricotomia? 9) Jejum? 10) Decúbito? 11) Medicação estimulante? 12) Toques constantes? 13) Manobra de Kristeller? 14) Durante a internação, algum profissional de saúde agiu de forma desrespeitosa com comentários irônicos, mal educados, ou em tom de piada? (sim); 15) Você foi repreendida por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto? (sim); 16) Os profissionais que a atenderam responderam suas dúvidas e medos sobre o parto? (não); 17) Foram realizados procedimentos obstétricos sem que tenham pedido sua permissão ou explicado porque eram necessários? (sim); 18) Você foi impedida de ser acompanhada por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante sua internação? (sim).
Cardenas Castro et al., 2022	79.2	1) Rasparam sua genitália externa? (sim); 2) Foi submetida a enema? 3) Houve proibição de consumir líquidos e alimentos? 4) Indicação para permanecer deitado o tempo todo? 5) Houve uso de ocitocina? 6) Houve ruptura da membrana? 7) Houveram toques vaginais repetidos e realizados por pessoas diferentes? 8) Foi submetida a Manobra de Kristeller? 9) Foi submetida a episiotomia? 10) Foi submetida a uma cesárea? 11) Raspagem uterina sem anestesia? 12) O pessoal de saúde fez comentários irônicos, desqualificantes ou jocosos sobre o seu comportamento? 13) Você foi tratado com apelidos ou diminutivos ou

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Cardenas Castro, et al. 2021	58,9	<p>como se fosse incapaz de compreender os processos pelos quais estava passando (“mãezinha”, “gordinha”, etc.)? 14) Você se sentiu infantilizada ou anulada pela equipe de saúde como se fosse incapaz de tomar decisões sobre o que aconteceu com você antes, durante ou depois do parto? 15) Você foi criticada de alguma forma por expressar suas emoções durante o trabalho de parto e parto? 16) Foi difícil ou impossível para você perguntar ou expressar seus medos ou preocupações porque eles não responderam ou o fizeram de maneira ruim? 17) Foi realizado procedimentos médicos em você sem pedir seu consentimento ou explicar por que eram necessários? 18) No momento do parto, você foi obrigada a permanecer deitada de costas mesmo manifestando desconforto nessa posição? 19) Você foi obrigada a ficar na cama, impedida de caminhar ou encontrar posições de acordo com suas necessidades? 20) Você foi impedida de ser acompanhada por alguém de sua confiança? 21) Após o parto, sentiu que não tinha correspondido ao que se esperava de você (que não tinha “cooperado”)? 22) A experiência da assistência ao parto fez com que você se sentisse vulnerável, culpada ou insegura de alguma forma? 23) Após o parto, foi-lhe negada a possibilidade de usar algum dispositivo ou realizar algum procedimento anticoncepcional? 24) Durante ou após o trabalho de parto, você se sentiu exposta ao olhar de outras pessoas desconhecidas?</p> <p>1) A equipe de saúde fez comentários irônicos, desqualificantes ou jocosos sobre o seu comportamento? 2) Trataram você com apelidos ou diminutivos (ex: “mãezinha”, “gordinha”, etc.) ou como se você fosse incapaz de compreender os processos pelos quais estava passando? 3) Você se sentiu infantilizada ou anulada pela equipe de saúde como se fosse incapaz de tomar decisões sobre o que aconteceu com você antes, durante ou depois do parto? 4) Você foi criticado de alguma forma por expressar suas emoções? 5) Foi difícil ou impossível para você perguntar ou expressar seus medos ou preocupações porque eles não responderam ou o fizeram de maneira ruim? 6) Foi realizado procedimentos médicos em você sem pedir seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários? 7) Na hora do parto obrigaram você a permanecer deitada de costas mesmo que você manifestasse desconforto nessa</p>

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
		posição? 8) Você foi obrigada a ficar na cama, impedida de caminhar ou encontrar posições de acordo com suas necessidades? 9) Você foi impedida de ser acompanhada por alguém em quem confiava? 10) Após o parto, você sentiu que não havia correspondido ao que era esperado de você (que você não havia “cooperado”)? 11) A experiência da assistência ao parto fez com que você se sentisse vulnerável, culpada ou insegura de alguma forma? 12) Durante ou após o parto você se sentiu exposta ao olhar de outras pessoas desconhecidas?
Carvalho et al., 2021	16.6	1) Foi negado o direito a ter um acompanhante? (sim); 2) Exigência de raspagem de pelos pubianos? 3) Algum profissional gritou com você, te humilhou, xingou, empurrou, bateu, assediou sexualmente e/ou te ameaçou? 4) Toque vaginal doloroso e repetitivo? 5) Exigência de uma posição específica? 6) Exigência de jejum? 7) Imobilização? (exemplo: amarrar ou colocar algemas); 8) Aplicação de soro com ocitocina? 9) Foi aplicado anestesia para alívio da dor? (não); 10) Rompimento da bolsa propositalmente durante o toque? (sim); 11) A equipe foi paciente diante dos momentos de dor? (não); 12) Foi submetida a episiotomia? 13) Foi submetida a Manobra de Kristeller?
Castro et al., 2020	33.3	1) Você foi forçada a permanecer em uma posição desconfortável ou dolorosa? 2) Gritaram com você ou te repreenderam? 3) Disseram coisas ofensivas ou humilhantes? 4) Ignoraram perguntas sobre o parto ou o bebê? 5) Recusaram te dar anestésico ou bloqueador de dor sem qualquer explicação? 6) Muita demora para te atender, dizendo que era porque você estava gritando ou reclamando muito? 7) Foi inserido um anticoncepcional ou esterilizaram você sem consentimento? 8) Você foi pressionada a aceitar um DIU ou uma operação de esterilização? 9) Forçaram você a assinar um papel de consentimento? 10) Informaram que era necessária uma cesariana? (não); 11) Você deu permissão para uma cesariana? (não).
Correa et al., 2021	44.4	1) Alguém gritou, insultou e/ou repreendeu você? 2) Alguém ridicularizou você ou fez comentários negativos sobre a sua aparência física (como seu peso, partes íntimas, limpeza ou outras partes do seu corpo)?

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
D'Orsi et al., 2014; Leite et al., 2020; Leite, et al., 2021; Leite et al., 2023	44.3	3) Alguém fez comentários negativos sobre sua atividade sexual? 4) Você foi ameaçada com algum procedimento médico (como episiotomia ou cesariana)? 5) Você foi ameaçada com violência física? 6) Alguém ameaçou não cuidar de você ou do seu bebê? 7) Alguém culpou você por algo que lhe aconteceu ou ao seu bebê durante o período em que esteve internada no hospital? 8) Alguém fez comentários negativos sobre sua etnia, raça, tribo ou cultura? 9) Alguém fez comentários negativos sobre sua religião? 10) Alguém fez comentários negativos sobre sua idade? 11) Alguém fez comentários negativos sobre você ser casado ou não? 12) Alguém fez comentários negativos sobre seu nível de escolaridade ou alfabetização e/ou situação econômica?
Dornelas et al., 2022	66.2	1) Eles gritaram comigo 2) Eles me ameaçaram de parar de cuidar de mim 3) Não permitiram que eu comesse ou bebesse 4) Eles apertaram minha barriga para que o bebê nascesse 5) Eles cortaram minha vagina sem a minha permissão 6) Eles não me deixaram caminhar quando eu quis 7) Eu fui submetida a diversos toques vaginais sem ser consultada 8) Eles cortaram minha vagina sem anestesia 9) Eu fui forçada a ter um parto vaginal sem a minha vontade 10) Eu fui forçada a ter uma cesariana sem a minha vontade 11) Eu não pude ficar com a companhia da minha escolha 12) A equipe de saúde não me explicou o que estava acontecendo
Filha et al., 2022	21.5	1) No hospital para o parto, como você avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e falar com você? 2) No hospital para o parto, como você avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde nas decisões sobre seu trabalho de parto e parto? 3) Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi...

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Fuentes et al., 2022	32.8	1) Alguém gritou com você, repreendeu, insultou, criticou, humilhou ou ameaçou não te atender porque estava reclamando muito? (sim); 2) Te ignoraram ou recusaram a fornecer informações durante o trabalho de parto ou pós-parto? (sim); 3) Foi solicitado que você depilasse a região pubiana ou fizesse lavagem intestinal? (sim); 4) Foi negado alguma alternativa para diminuir a dor sem lhe dar uma explicação? (sim); 5) Você foi proibida de ter acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto? (sim); 6) Durante o trabalho de parto, você foi obrigada a permanecer em uma posição desconfortável? (sim); 7) Você foi tocada repetidamente por diferentes pessoas sem o seu consentimento e/ou informação? (sim); 8) Pressionaram seu abdômen ou deram algum medicamento para acelerar o trabalho de parto? (sim); 9) Realizaram corte vaginal durante o parto sem informar o motivo e/ou suturaram sem anestesia local? (sim); 10) Você recebeu algum método contraceptivo ou foi operada ou esterilizada sem o seu consentimento? (sim); 12) Você foi pressionada a aceitar algum aparelho ou cirurgia para não ter mais filhos? (sim); 13) Você pediu permissão a outra pessoa para realizar uma esterilização? (sim).
García-Torres et al., 2020	56.8	1) O médico explicou os procedimentos que eles iriam fazer? (não); 2) Foi autorizado a ter um companheiro? (não); 3) Foi explicado a você que poderia adotar uma posição mais confortável no momento de parir? (não); 4) Foram oferecidas alternativas para reduzir a dor? (não).
Giordano et al., 2019	5.7	1) Houve permissão para ter um acompanhante? (não); 2) Liberdade para se movimentar? (não); 3) Enema? 4) Raspagem de pelos pubianos? 5) Aceleração do trabalho de parto? (sim); 6) Episiotomia? 7) Violência obstétrica? (definição da Venezuela); 8) Privacidade não respeitada? (sim).
Guerrero-Sotelo et al., 2020	26.4	1) Proibição de consumir alimentos ou bebidas? (sim); 2) Indicação para permanecer sempre deitada? (sim); 3) Enema; 4) Ruptura de bolsa; 5) Tricotomia; 6) Administração de medicamentos para acelerar o parto? (sim); 7) Toques vaginais repetidos por pessoas diferentes? (sim); 8) Compressão do abdômen no momento do parto? (sim); 10) O

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Lansky et al., 2019; Fernandes et al., 2022	12.6	<p>peçoal de saúde criticou o seu comportamento com comentários irônicos, desqualificantes ou jocosos? (sim); 11) Trataram você com apelidos ou diminutivos ou modificaram seu nome em tom afetuosos como se você fosse uma criança incapaz de compreender as intervenções realizadas ou o processo de nascimento? (sim); 12) Você foi criticada por chorar ou gritar de dor, excitação, alegria ou tristeza durante o trabalho de parto? (sim); 13) Você achou difícil ou impossível esclarecer suas dúvidas e expressar seus medos ou preocupações porque eles não responderam ou o fizeram de forma ruim? (sim); 14) Durante o período de dilatação, você foi obrigada a permanecer deitada de costas, mesmo relatando desconforto? (sim); 15) Você ficou privada da possibilidade de caminhar ou de procurar posições de acordo com suas necessidades? (sim); 16) No momento da expulsão você foi impedida de assumir a posição mais confortável para você empurrar? (sim); 17) Durante todo o processo, você foi impedida de ser acompanhada por alguém de sua confiança? (sim); 18) A experiência de assistência ao parto fez com que você se sentisse vulnerável, inadequada, culpada ou insegura? (sim).</p>
Leal et al., 2016	15.6	<p>1) Posição no parto Supina/litotômica (Sim) 2) Kristeller (Sim) 3) Episiotomia (Sim) 4) Episiotomia Informada (Não) 5) Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor (Não) 6) Acompanhante em todo o período de internação (Não)</p> <p>1) Você foi acompanhada por familiares durante a sua internação? (não); 2) Utilização de algemas durante a internação? (sim); 3) Respeito dos profissionais do hospital ao receber/falar com você? (não); 4) Respeito à sua intimidade por parte dos profissionais de saúde? (não); 5) Respeito à sua intimidade por parte dos guardas ou agentes penitenciários? (não).</p>
Madeiro et al., 2017	33.3	<p>1) Julgamento moral pela prática do aborto? 2) Longa espera para realização da curetagem uterina? 3) Ausência de acompanhante durante espera pela curetagem? 4) Ameaças de denúncia à polícia? 5) Uso de linguagem ríspida e grosseira? 6) Houveram repreensão/gritos? 7) Teve internação conjunta com puérperas de parto? 8) Entrevista e</p>

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Madeiro et al., 2022	19.8	exame físico realizados conjuntamente com outras pacientes? 9) Divulgação do histórico médico sem consentimento? 10) Houve recusa em ofertar analgésicos? 11) Toque vaginal realizado sem explicação prévia? 12) Foi realizada transfusão sanguínea sem explicação prévia? 13) Foi realizada histerectomia sem explicação prévia?
Madrid Medina et al., 2019	58.0	1) Apertar, beliscar e dar tapa 2) Restrição física 3) Ameaça de desfechos negativos 4) Linguagem rude ou vulgar 5) Discriminação étnica/racial 6) Discriminação por idade 7) Recusa em aliviar a dor 8) Abandono durante o período expulsivo 9) Exames vaginais dolorosos 10) Informações escassas 11) Falta de suporte 12) Dieta zero 13) Falta de mobilidade 14) Não respeitar a posição de preferência da mulher 15) Falta de privacidade 16) Estrutura física inadequada
Martins et al., 2021	12.5	1) Fizeram comentários irônicos e desqualificadores? 2) Usaram diminutivos ou apelidos? 3) Fizeram críticas por chorar ou gritar? 4) Impossibilidade de manifestar seus medos e dúvidas? 5) Tricotomia? 6) Toques vaginais múltiplos? 7) Manobra de kristeller? 8) Episiotomia? 9) Aminiotomia sem consentimento? 10) Ocitocina sem consentimento? 11) Foi submetida a uma cesárea sem consentimento?
Menezes et al., 2006	33.5	1) Não teve acompanhante durante toda a admissão? (sim); 2) Você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada por algum profissional de saúde em algum momento? (sim).
Mesenburg et al., 2018; Silveira et al., 2019	18.3	1) Algum profissional já empurrou, machucou, espancou, segurou você com força ou conduziu qualquer exame de forma rude ou desrespeitosa? (sim); 2) Algum profissional foi rude, xingou ou gritou com você, humilhou ou ameaçou não te atender? (sim); 3) Algum profissional se recusou a lhe dar algo que você pediu, como água ou analgésico? (sim); 4) Algum profissional já realizou algum procedimento contra a sua vontade, sem explicar a necessidade de realizá-lo, como episiotomia ou medicação para indução do parto? (sim).

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Monge et al., 2021	18.8	1) Comentários inapropriados? 2) Tom de voz ríspido? 3) Liberdade para escolher a posição na hora do parto? (não); 4) Presença de acompanhante? (não); 5) Limpeza genital? (sim); 6) Raspagem dos pelos pubianos? (sim); 7) Enema (sim)?
Monteschio et al., 2016	92.7	1) Cesárea? 2) Indução/condução? 3) Episiotomia? 4) Tricotomia? 5) Amniotomia? 6) Medicalização? (pelo menos uma intervenção)
Montesinos-Segura et al., 2017; Zafra-Tanaka et al., 2019	97.4	1) Você teve privacidade durante os exames médicos? (não); 2) Você se sentiu desconfortável porque havia muita gente na sala de parto? (sim) 3) Em algum momento a equipe do hospital comentou publicamente que você era mãe menor (<18 anos)? 4) Você acha que deveriam ter mencionado que você era mãe solteira em particular, para que outros pacientes ou outros profissionais de saúde não ouvissem? 5) Você acha que deveriam ter mencionado que você tinha uma doença sexualmente transmissível (HIV, sífilis, hepatite B) em particular, para que outros pacientes não ouvissem? 6) Você se sentiu discriminada ou maltratada por ser menor (<18 anos)? 7) Você acha que ela foi discriminada ou maltratada por ser mãe solteira? 8) Você acha que ela foi discriminada ou maltratada por ter uma doença sexualmente transmissível (HIV, sífilis, hepatite B)? 9) Você acha que foi discriminado ou maltratado por causa da sua situação socioeconômica? (ou que a teriam tratado de forma diferente se ela tivesse mais recursos financeiros?); 10) Você acha que foi discriminada ou maltratada por causa da sua religião? 11) Algum profissional ou estudante de saúde examinou você sem sua autorização? 12) Cortaram ou raspam seus pelos pubianos sem sua permissão? 13) Foi colocado na sua veia algum medicamento para ajudá-la a dar à luz mais rápido, como a oxitocina, sem a sua permissão? 14) Eles lhe deram transfusões de sangue sem a sua permissão? 15) Pediram sua permissão para realizar exames vaginais? 16) Foi feita uma episiotomia sem sua autorização? 17) Eles realizaram uma cesariana em você sem sua permissão por escrito? 19) Suas trompas foram amarradas ou realizaram uma histerectomia sem sua permissão? 20) A equipe que cuidava de você na maior parte do tempo se apresentava (dizia seu nome e profissão) antes de cuidar de você? 21) Algum

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Nunes-Aguirre et al., 2023	13.9	<p>funcionário do hospital zombou de você, riu de você ou de seu comportamento, ou insultou você? 22) Algum membro da equipe do hospital fez você se sentir culpada por ter engravidado? 23) Foi negada comida e bebida durante o trabalho de parto? 24) Eles explicaram o que estava acontecendo com você ou com o bebê durante o trabalho de parto? 25) Foi negado que um familiar ou amigo te acompanhasse durante o parto? 26) Em algum momento o pessoal de saúde não ajudou ou ignorou você? 27) Você deu à luz sozinha, sem ser atendida pelo pessoal de saúde? 28) Disseram a você que se não pagasse pelos serviços de parto, você ou o seu bebê ficariam na unidade de saúde até que os pagamentos fossem feitos, ou fizeram alguma outra ameaça? 29) Você foi obrigada a dar à luz deitada, de costas e com as pernas levantadas, apesar de ter dito ao pessoal de saúde que não queria dar à luz naquela posição? 30) Durante a dilatação, você foi obrigada a permanecer deitada? 31) Você ficou amarrada em algum momento durante o trabalho de parto? 32) Você foi suturada sem anestesia? 33) Você foi agredida fisicamente por profissionais de saúde em algum momento? ex: beliscar/ dar um tapa/ dar um tapa/ morder/empurrar ela. 34) Seu abdômen foi pressionado com força durante o trabalho de parto para que o bebê nascesse? 35) Foi negada medicação para dor? 36) Você se sentiu assediado sexualmente em algum momento?</p> <p>1) A equipe de saúde criticou o seu comportamento com comentários irônicos, desqualificantes ou brincalhões? 2) Você foi tratada com apelidos ou diminutivos, como se fosse uma criança incapaz de compreender as intervenções que estão fazendo ou o processo de nascimento? 3) Você foi criticada por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou tristeza durante o trabalho de parto? 4) Você achou difícil ou impossível esclarecer suas dúvidas e expressar seus medos ou preocupações porque não responderiam ou o faziam de forma negativa? 5) Você realizou um ou mais dos seguintes procedimentos sem pedir consentimento ou informá-la sobre os riscos sem explicar o porquê eles eram necessários? 6) Foi proibida de ingerir bebidas e alimentos? 7) Rotura artificial de bolsa? (sim); 8) Raspagem de pelos pubianos? 9) Foi administrado medicamentos para acelerar o parto? 10) Houveram exames vaginais</p>

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Ochoa-Fletes et al., 2021	12.2	realizados por múltiplos profissionais? 11) Foi realizada compressão do abdômen no momento do parto? 12) Episiotomia? 13) Durante o período de dilatação foi forçada a deitar virada para cima, mesmo que tenha relatado desconforto? 14) Você foi privada da possibilidade de caminhar ou procurar posições de acordo com suas necessidades? 15) No momento da expulsão te impediram de optar por uma posição confortável para empurrar? (sim); 16) A experiência na assistência ao parto fez com que ela se sentisse vulnerável, incapaz, culpada ou insegura?
Oliveira et al., 2022	100.0	1) Deambulação e liberdade de posição? (não); 2) Privação da ingestão de líquidos? (sim); 3) Foi oferecido métodos não farmacológicos para alívio da dor? (não); 4) Infusão de ocitocina? (sim); 5) Tricotomia? 6) Lavagem intestinal? 7) Privação de alimentação? (sim); 8) Toques vaginais sucessivos por pessoas diferentes? 9) Realização de amniotomia? 10) Parir em posição supina? (sim); 11) Indução de puxos? 12) Episiotomia? 13) Manobra de Kristeller?
Paiz et al., 2022	12.5	1) Métodos de alívio da dor usados? (não); 2) Foi oferecido líquidos e alimentos leves? (não); 3) Você foi encorajada a caminhar? (não); 4) Tricotomia? (sim); 5) Enema? 6) Indução com ocitocina sem consentimento? (sim); 7) Amniotomia sem consentimento? (sim); 8) Manobra de Kristeller? 9) Episiotomia sem consentimento? (sim); 10) Uso de fórceps sem consentimento? (sim); 11) Gostaria de outra posição no trabalho de parto? (sim).
Peca et al., 2018	18.0	1) Qualquer forma de desrespeitos e abusos? 2) Percepção de abandono? 3) Requisição de pagamentos injustos?
Pereira et al., 2015	24.4	1) O tratamento foi respeitoso? (não); 2) Houveram palavras ofensivas ou depreciativas? (sim); 3) Recebeu respostas inapropriadas? (sim); 4) Observou atitude de desprezo ou maltrato? (sim); 5) Houve comentários negativos ou críticas? (sim); 6) Recebeu informação adequada? (não); 7) Realizaram procedimentos sem explicação previa? (sim); 8)

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Pinto et al., 2020	55.5	Solicitaram o consentimento informado? (não); 9) Recebeu ameaças, gritos ou repreensão? (sim); 10) Recebeu agressão física? (sim). 1) Episiotomia; 2) Uso de ocitocina; 3) Ruptura artificial de membranas; 4) Fórceps/extrator a vácuo; 4) Ausência de acompanhante; 5) Posição litotômica.
Santos et al., 2022	100.0	1) Falas desrespeitosas? 2) Foi repreendida? 3) Proibição de acompanhante? 4) Dúvidas e medos sem esclarecimentos? 5) Condutas de violência obstétrica de ordem física, moral e institucional? 6) Indicação para permanecer em decúbito? 7) Jejum em trabalho de parto e parto? 8) Toques vaginais repetidos ou por múltiplos profissionais? 9) Foi realizada amniotomia? 10) Foi recebida medicação para alívio da dor? (não); 11) Manobra de Kristeller? 12) Episiotomia? 13) Cesárea? 14) Tricotomia? 15) Enema?
Valdez-Santiago et al., 2013	29.1	1) Se sentiu maltratada por algum profissional de saúde? 2) Episiotomia; 3) Enema? 4) Amniocentese? 5) Ocitocina venosa?
Verano et al., 2019	41.2	1) Episiotomia
MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO		
Madeiro et al., 2017	33.3	1) Julgamento moral pela prática do aborto? 2) Longa espera para realização da curetagem uterina? 3) Ausência de acompanhante durante espera pela curetagem? 4) Ameaças de denúncia à polícia? 5) Uso de linguagem ríspida e grosseira? 6) Houveram repreensão/gritos? 7) Teve internação conjunta com puérperas de parto? 8) Entrevista e exame físico realizados conjuntamente com outras pacientes? 9) Divulgação do histórico médico sem consentimento? 10) Houve recusa em ofertar analgésicos? 11) Toque vaginal realizado sem explicação prévia? 12) Foi realizada transfusão sanguínea sem explicação prévia? 13) Foi realizada histerectomia sem explicação prévia?

Autor/Ano	Prevalência total de Violência Obstétrica (%)	Perguntas realizadas
Nunes-Aguirre et al., 2023	15.0	1) Atenção inadequada
Pereira et al., 2015	36.0	1) O tratamento foi cordial? (não); 2) Houve palavras ofensivas ou depreciativas? (sim); 3) Você recebeu respostas ruins ou inadequadas? 4) Observou uma atitude de desprezo ou abuso? 5) Houve comentários negativos ou críticas? 6) Recebeu informações adequadas? (não); 7) Procedimentos foram realizados sem explicação prévia? 8) Eles solicitaram consentimento informado? (não); 9) Recebeu ameaças, gritos ou repreensões? 10) Foi tratada com agressão física?

Violência obstétrica a partir de procedimentos inadequados ou obsoletos

A tabela 4 mostra as informações sobre os procedimentos obstétricos inadequados ou obsoletos. Os sete procedimentos mais citados foram 1) Episiotomia; 2) Manobra de Kristeller; 3) Tricotomia 4) Jejum; 5) Enema; 6) proibição para caminhar; e por fim, 7) Manejo da dor inadequada ou inexistente. Contribuíram com essas informações 41 pesquisas em mulheres em situação de parto e 2 pesquisas em mulheres de aborto.

Em relação a Episiotomia, 24 pesquisas abordaram o assunto. A prevalência variou entre 0,2% (México) (8) a 76,4% (Peru) (9). Em relação a Manobra de Kristeller, 22 pesquisas estimaram a ocorrência dessa situação no momento do parto. Os valores encontrados variaram entre 0,6% (México) (9) a 56,8% (Equador) (10). A tricotomia apareceu em 17 pesquisas variando de 0,6% (México) (9) a 73% (México) (11). Informações sobre o jejum apareceram em 15 publicações com prevalência mínima de 0,6% (México) (9) e máxima de 81,5% (Chile) (12), a maior entre esses procedimentos. A presença de enema e o relato de proibição de caminhar durante o trabalho de parto apareceram em 12 pesquisas. A variação foi de 1% (Brasil) (13) a 26,3% (Chile) (14) e entre 7,8% (Brasil) (15) a 56,9% (Brasil) (16) respectivamente. E por fim, o manejo inadequado ou ausente da dor foi avaliado por 12 pesquisas com valores de prevalência entre 4,8% (México) (17) a 66,6% (Brasil) (18).

Em relação às mulheres de aborto, dois estudos avaliaram somente o manejo inadequado da dor. A prevalência encontrada foi de 25,6 (Brasil) (19) e 36,3% (Brasil) (20) em cada um deles.

Tabela 4 - Estudos que apresentam a prevalência para procedimentos obstétricos inapropriados

Autor/Ano	Epsiotomia	Manobra de Kristeller	Tricotomia	Jejum	Enema	Proibição de caminhar	Manejo da dor Inadequado ou inexistente
MULHERES EM SITUAÇÃO DE PARTO							
Andrade et al., 2016	2.0	9.0	NA	11.0	NA	NA	NA
Binfa et al., 2016 (1)	47.4	NA	NA	57.1	NA	46.4	NA
Binfa et al., 2016 (2)	56.4	NA	NA	81.5	NA	34.7	NA
Biscecli et al., 2015	25.5	8.5	8.5	8.5	17.0	NA	NA
Brandão et al., 2018	35.0	19.4	NA	NA	NA	23.9	NA
Camacaro et al., 2015	75.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Cardenas Castro et al., 2022	43.3	37.7	50.2	68.8	26.3	NA	NA
Cardenas Castro, et al. 2021	NA	NA	NA	NA	NA	18.3	NA
Carvalho et al., 2021	33.3	16.6	16.6	33.3	NA	NA	11.1
Castro et al., 2020	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4.8

Autor/Ano	Epsiotomia	Manobra de Kristeller	Tricotomia	Jejum	Enema	Proibição de caminhar	Manejo da dor Inadequado ou inexistente
Coo et al., 2023	NA	NA	NA	NA	NA	NA	41.1
Dornelas et al., 2022	9.7	27.5	NA	30.5	NA	7.8	6.3
Figueroa-Palomino et al., 2017	46.7	17.8	13.3	42.2	17.8	51.1	NA
¹ García-Torres et al., 2020	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9.5
Giordano et al., 2019	1.2	NA	1.2	NA	1.0	NA	NA
Guerrero-Sotelo et al., 2020	18.2	30.8	42.0	30.1	13.3	30.8	NA
Huarino-Suca et al., 2021	76.4	24.8	NA	23.2	NA	30.4	NA
Leal et al., 2014	53.5	36.1	NA	NA	NA	NA	NA
Madeiro et al., 2022	NA	NA	NA	4.2	NA	NA	6.2
Madrid Medina et al., 2019	38.0	25.0	73.0	NA	NA	NA	NA
Meijer et al., 2019	72.3	56.8	55.4	NA	24.1	NA	NA
Monge et al., 2021	NA	NA	13.0	NA	NA	NA	NA

Autor/Ano	Epsiotomia	Manobra de Kristeller	Tricotomia	Jejum	Enema	Proibição de caminhar	Manejo da dor Inadequado ou inexistente
Monteschio et al., 2016	37.7	NA	22.6	NA	NA	NA	NA
Nunes-Aguirre et al., 2023	0.2	0.6	0.6	0.6	NA	NA	NA
Ochoa-Fletes et al., 2021	NA	12.2	NA	NA	NA	NA	NA
Oliveira et al., 2022	15.1	5.8	9.7	NA	6.3	30.3	66.6
Paiz et al., 2022	10.3	11.0	5.9	44.6	3.4	56.9	18.0
Palma et al., 2017	20.7	14.0	9.0	16.4	5.7	15.1	24.2
Pinto et al., 2020	7.8	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Rodrigues et al., 2017	20.5	24.1	6.1	NA	3.4	37.5	NA
Rueda et al., 2022	21.1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Santos et al., 2022	41.7	43.8	14.6	62.5	12.5	NA	55.2
Sethi et al., 2022	NA	15.7	NA	NA	NA	NA	NA
Silva et al., 2018	NA	48.2	NA	NA	NA	NA	NA

Autor/Ano	Epsiotomia	Manobra de Kristeller	Tricotomia	Jejum	Enema	Proibição de caminhar	Manejo da dor Inadequado ou inexistente
Souza et al., 2017	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6.0
Terán et al., 2013	20.0	15.8	1.9	NA	1.9	15.8	NA
Tomasi et al., 2021	14.3	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Valdez-Santiago et al., 2013	66.5	NA	NA	NA	25.0	NA	NA
Verano et al., 2019	41.2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO							
Aquino et al., 2012	NA	NA	NA	NA	NA	NA	36.3
Madeiro et al., 2017	NA	NA	NA	NA	NA	NA	25.6

Legenda: NA: Não apresentado.

¹ As informações referentes a assistência ao parto e aborto estão juntas.

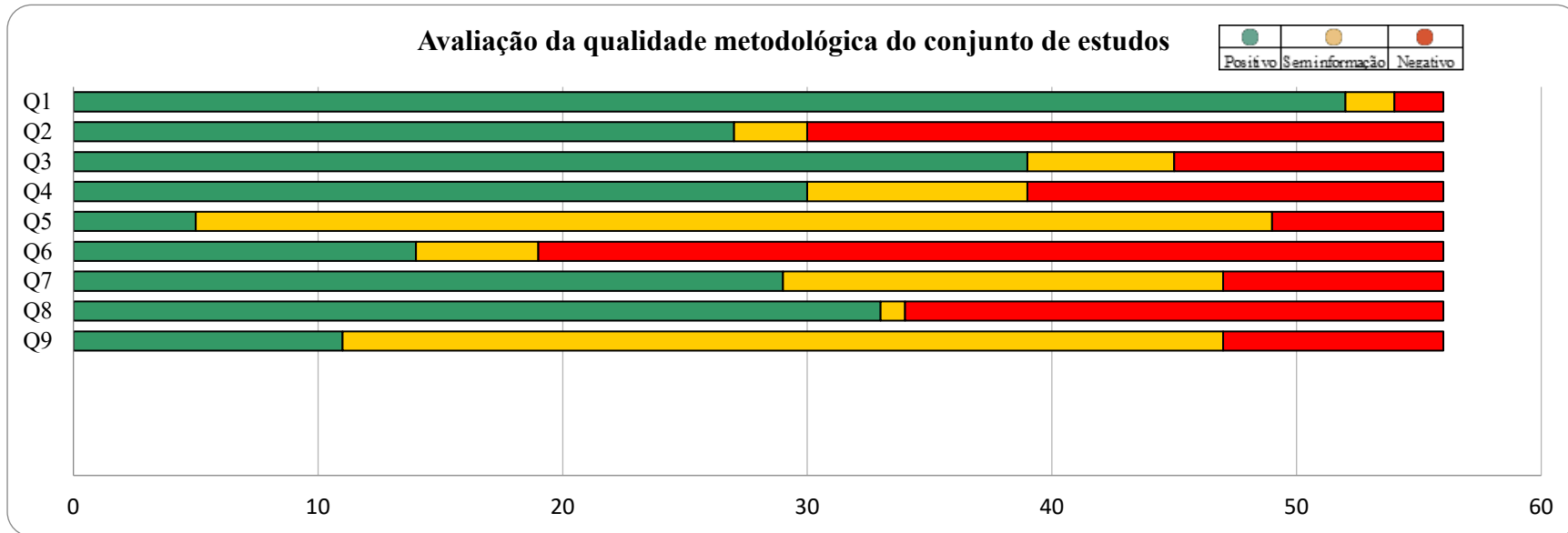
Os valores em destaque correspondem a menor e maior prevalência encontrada em cada item.

Avaliação da qualidade dos estudos

A seguir o gráfico 1 e a tabela 5 apresentam os resultados da avaliação de qualidade das pesquisas que compõem a revisão sistemática. Os melhores quesitos são referentes às questões Q1 (população alvo adequada), e Q3 (tamanho da amostra) com aproximadamente 50% e 40% dos estudos contemplando esses critérios, respectivamente. Os piores quesitos avaliados são das questões Q2 (processo de amostragem) e Q6 (aferição da violência obstétrica).

Na mesma imagem também pode ser observada a avaliação individual de cada pesquisa.

Gráfico 1 – Avaliação da qualidade metodológica do conjunto de estudos



Legenda: Q1: A amostra é adequada para abordar a população alvo? / Q2: O processo de amostragem foi conduzido de forma adequada?

Q3: O tamanho da amostra foi adequado? / Q4: Os participantes do estudo e contexto/ambiente foram descritos detalhadamente?

Q5: A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? / Q6: Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição?

Q7: A condição foi medida de forma padronizada e confiável para todos os participantes? / Q8: A análise estatística foi adequada?

Q9: A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerida de forma adequada?

Tabela 5 – Avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado

			
	Positivo	Sem informação	Negativo
Vernon et al., 2019			
Torresi et al., 2021			
Terrível et al., 2013			
Souza et al., 2017			
Silva et al., 2018			
Selha et al., 2022			
Sanches et al., 2022			
Santiago et al., 2013			
Rocha et al., 2022			
Rodrigues et al., 2017			
Purpo et al., 2022			
Primo et al., 2020			
Peixoto et al., 2015			
Peça et al., 2018			
Pacoval et al., 2020			
Pahna et al., 2017			
Patzi et al., 2022			
Oh vein et al., 2022			
Ochoa-Platas et al., 2021			
Nunes-Aguires et al., 2023			
Monteiros-Segura et al., 2017; Zafra-Tanaka et al., 2019			
Montealvo et al., 2016			
Moraga et al., 2021			
Moserburg et al., 2018; Silveira et al., 2019			
Morazan et al., 2006			
Mejor et al., 2019			
Martire et al., 2021			
Madrid Medina et al., 2019			
Madeira et al., 2022			
Madeira et al., 2017			
Leal et al., 2016			
Leal et al., 2014			
Laney et al., 2019; Ferrndiz et al., 2022			
Huamán-Suañ et al., 2021			
Quarero-Sobro et al., 2020			
Chordano et al., 2019			
García-Tomás et al., 2020			
Fuentes et al., 2022			
Filho et al., 2022			
Figueras-Palomino et al., 2017			
D'Onof et al., 2014; Leite et al., 2020; Leite et al., 2021; Leite et al., 2023			
Dornelas et al., 2022			
Diruz et al., 2014			
Correa et al., 2021			
Coó et al., 2023			
Castro et al., 2020			
Carvalho et al., 2021			
Cardenas Castro et al., 2022			
Cardenas Castro et al., 2021			
Camargo et al., 2015			
Bardilo et al., 2018			
Bissoli et al., 2015			
Briña et al., 2016 (2)			
Briña et al., 2016 (1)			
Aquino et al., 2012			
Avila de et al., 2016			

Legenda: Q1: A amostra é adequada para abordar a população alvo? / Q2: O processo de amostragem foi conduzido de forma adequada?
 Q3: O tamanho da amostra foi adequado? / Q4: Os participantes do estudo e contexto/ambiente foram descritos detalhadamente?
 Q5: A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? / Q6: Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição?
 Q7: A condição foi medida de forma padronizada e confiável para todos os participantes? / Q8: A análise estatística foi adequada?
 Q9: A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerida de forma adequada?

DISCUSSÃO

Foram analisados 62 artigos provenientes de 56 pesquisas que demonstraram a prevalência de violência obstétrica entre países da América Latina. As prevalências foram estimadas por dimensão, considerando todas as formas de violência obstétrica combinada (violência total) e por fim considerando procedimentos obstétricos inadequados ou obsoletos. Não foi possível realizar metanálise dos dados devido a heterogeneidade da definição de violência obstétrica adotada pelas pesquisas originais assim como os questionários utilizados para a mensuração.

Embora a temática da violência obstétrica tenha se intensificado no Brasil e em outros países da América Latina e Caribe nos últimos anos, podemos, através dos resultados apresentados, observar a invisibilidade desse problema na pesquisa científica sobre o assunto. Quase metade das publicações, optaram por abordar a violência obstétrica de forma suavizada, ou seja, sem utilizar as palavras “violência” “maus-tratos” ou “desrespeitos e abusos”. Nesse cenário, termos como “satisfação”, “intervenções obstétricas”, “humanização do parto” e “maternidade respeitosa” ganham força para abordar a violência obstétrica de forma mais palatável em um contexto onde a ocorrência desses atos são aceitáveis, ainda que não desejada.

Em relação a método dos estudos é importante mencionar que algumas características tem o potencial de modificar a prevalência da violência em determinados contextos. Nessa revisão, a maior parte dos estudos consideram a prevalência pontual, foram realizados na maternidade e logo após o parto. No entanto, ao longo da vida, frequentemente as mulheres vivenciam mais de um parto e/ou aborto, e o acúmulo dessas experiências negativas não são considerados na maior parte das pesquisas. Além disso, algumas pesquisas já discutem que o pós parto imediato pode não ser o melhor momento para abordar a ocorrência de violência obstétrica. Ter sobrevivido ao parto e estar com o recém-nascido saudável pode gerar um viés de gratidão minimizando experiências negativas naquele momento, onde os cuidados com o recém-nascido e o aleitamento materno são prioridades. E, por fim, algumas mulheres podem não se sentir confortável em relatar a experiência de violência obstétrica na maternidade por medo de represarias por parte da equipe de saúde. Assim, é possível que a prevalência de violência obstétrica esteja subestimada em grande parte dos estudos sobre o tema.

Em relação a prevalência de violência obstétrica segundo dimensões, a violência física foi a mais mencionada nos artigos. Por ser uma forma grave de violência, é notável

a preocupação das pesquisas em quantificar a sua ocorrência. No entanto, a prevalência costuma ser baixa quando é considerado atos como bater, empurrar, beliscar, amordaçar, algemar/prender as mãos entre outros, como visto em Leal, 2016, Madeiro, 2022. Prevalências mais altas como apresentadas em Montesinos-segura, 2017; Madrid Medina, 2019; Correa, 2021, Madeiro, 2017 e Monge, 2021 em geral, está associado com a definição de abusos físicos segundo Bowser and Hill, 2010, onde procedimentos como tricotomia, toques vaginais repetidos, manobra de kristeller, episiotomia e ausência de controle da dor, compõem a violência obstétrica nessa dimensão juntamente com as agressões físicas. Assim, a grande amplitude dos valores de prevalência pode ser, em parte, explicada por divergências em relação a definição da dimensão entre as pesquisas.

Em relação aos abusos verbais/psicológicos, também houve uma variação importante da amplitude da prevalência entre os artigos. No entanto, a definição dessa dimensão se mostrou um pouco mais consistente na literatura. Assim, é esperado que a heterogeneidade possa ser explicada pela diferença na forma de mensuração desse constructo. Leal, 2014, relatou a menor prevalência de abusos psicológicos entre todos os artigos da revisão mesmo tendo como população alvo mulheres carcerárias. A prevalência foi estimada em 7,4% através de uma única pergunta sobre abusos verbais/psicológicos. Enquanto isso, em Madrid, 2019, foram feitas cinco perguntas sobre o assunto, justificando a maior prevalência (36%).

As demais dimensões da violência obstétrica foram pouco abordadas nas pesquisas. Assim, não há literatura o suficiente para conclusões definitivas. No entanto, algumas hipóteses podem ser aventadas. Nas dimensões “Estigma e Discriminação”, “Negligência ou Abandono” e “Confidencialidade e/ou Privacidade” possuem prevalência pequenas entre mulheres de parto. No entanto, em um único estudo com essas informações em mulheres em situação de aborto, as prevalências são bastante elevadas chegando a alcançar mais de 50% das mulheres entrevistadas em determinadas dimensões. Essa discrepância pode sugerir que mulheres em situação de aborto podem estar sob maior risco de sofrer violência obstétrica quando comparada com mulheres de parto.

Considerando a Violência obstétrica total, os resultados mostraram que a falta de um instrumento validado para aferir a violência obstétrica no contexto da América Latina tem consequências negativas para a síntese da literatura. Nenhuma publicação utilizou o mesmo questionário para aferir a violência obstétrica, salvo quando o artigo fazia parte da mesma pesquisa-mãe. Assim, a grande amplitude dos valores de prevalência de violência obstétrica total das pesquisas pode ser explicada pelas diferenças em relação a

definição como já mencionado. Mas também devido discrepâncias no instrumento de validação. Dessa forma, os resultados das pesquisas não são comparáveis entre si, não permitindo uma síntese.

No entanto, a prevalência de violência total evidencia como é frequente a ocorrência da violência obstétrica no parto e no aborto. A prevalência foi maior que 10% em praticamente todos os estudos incluídos nessa revisão. Isso evidencia que as mulheres na América Latina e Caribe frequentemente tem seus direitos humanos e reprodutivos violados em um momento bastante delicado de suas vidas.

Em relação aos procedimentos obstétricos, a assistência ao parto/aborto na América Latina e Caribe é caracterizada pelo excesso de intervenções, muitas vezes precoces e desnecessárias. Além disso, procedimentos muito utilizados na obstetrícia, mas que atualmente não tem seus benefícios confirmados pelas evidências científicas seguem sendo utilizados com bastante frequência, como a episiotomia e a manobra de kristeller, por exemplo. Outro ponto importante a ser mencionado, é que em muitas publicações, procedimentos como, amniotomia, realização de cesárea, litotomia, toques vaginais, aplicação de ocitocina e esterilização também foram classificados como violência obstétrica. Tais procedimentos possuem indicação clínica para serem utilizados em determinados contextos. Assim, a classificação dessas intervenções como violência obstétrica somente por terem ocorrido não é suficiente. É necessário um contexto onde fique evidente que a mulher foi obrigada ou não consentiu com a realização dos procedimentos mencionados.

Em relação as mulheres de aborto, é necessário cuidado ao analisar os dados referentes a essa condição em particular, visto a escassez de estudos nesse público alvo. Apenas 5 pesquisas avaliaram mulheres internadas por essa condição e as discrepâncias metodológicas são imensas, sendo impossível concluir a real situação dessas mulheres em relação a violência obstétrica.

Esta pesquisa apresenta diversos pontos fortes e limitações. Inicialmente, o estudo se destaca pela sua abrangência se estendendo a várias bases de dados, em relação a revisão realizada em 2017 (7), com especial atenção às áreas de Psicologia e Enfermagem, campos tradicionalmente ricos em estudos sobre violência. Além disso, o método incluiu a busca por referências a partir dos artigos já incluídos na revisão, com objetivo de captar estudos pequenos que não estão anexados nas bases de dados, enriquecendo assim, a fonte de informação. Ainda como ponto forte, é destaque todo o esforço em trabalhar com prevalências segundo dimensão, total e considerando os procedimentos obstétricos inadequados e obsoletos.

No entanto, o estudo também enfrentou limitações importantes. Uma delas foi a incapacidade de realizar uma síntese quantitativa da literatura, e estratificar as informações de prevalência entre diferentes extratos, como o setor público *versus* o privado, via de parto (cesárea *versus* vaginal). Isso se deve, em parte, à heterogeneidade da informação e à disponibilidade limitada dos dados, respectivamente. Finalmente, a escassez de estudos sobre o tema em vários países da América Latina e do Caribe limitou a capacidade de oferecer um panorama abrangente da violência obstétrica na região. Estas lacunas destacam a necessidade de pesquisas mais detalhadas e com métodos mais uniformes e padronizados.

Para finalizar, este estudo demonstrou que apesar das limitações metodológicas e falta de padronização do método de mensuração é evidente a ocorrência de violência obstétrica em diversos países da América latina. Contudo, a heterogeneidade entre as pesquisas analisadas impediu uma estimativa precisa da magnitude do fenômeno. Ademais, este estudo destacou a carência de estudos a respeito da assistência ofertada a mulheres em situação de aborto, impossibilitando conhecer a real extensão deste problema. Portanto, ressalta-se a urgente necessidade de pesquisas acerca da violência obstétrica em diferentes contextos, de forma a promover estratégias que assegurem uma assistência segura, digna e de qualidade para mulheres durante o parto ou aborto.

REFERÊNCIAS

1. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 1º de junho de 2015;
2. Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-elDerecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
3. OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.
4. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Vol. 388, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 2176–92.
5. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
6. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: Systematic review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2019;43.
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 29 de março de 2021;372:n71. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/372/bmj.n71.abstract>
8. Clark J, Glasziou P, Del Mar C, Bannach-Brown A, Stehlik P, Scott AM. A full systematic review was completed in 2 weeks using automation tools: a case study. *J Clin Epidemiol*. 1º de maio de 2020; 121:81–90.
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016.
10. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Revisões sistemáticas de prevalência e incidência. *JBIM Manual para Síntese de Evidências* [Internet]. 2020 [citado 24 de junho de 2023]; Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
11. Núñez-Aguirre EA, Estrada-Esparza SY, Flores-Padilla L, Reveles-Manríquez IJ, Ruiz-Montes PY. Percepción de atención obstétrica inadecuada a pacientes de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):256–63.

12. Pereira CJ, Domínguez AL, Merlo JT. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Vol. 75, Rev Obstet Ginecol Venez. 2015.
13. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida M da CC de et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciência e saúde coletiva*. julho de 2012;
14. García-Torres O, Félix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor AS. Perception of humanized childbirth in patients in the puerperium period. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(3):258–64.
15. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: A percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22(8):2771–80.
16. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*. 1º de abril de 2016; 35:53–61.
17. Bowser D, Hill MPH. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research Co. 2010;
18. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce De León R, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort Prof. Suellen Miller. *Reprod Health*. 27 de março de 2018;15(1).
19. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1º de fevereiro de 2018;140(2):184–90.
20. Leal M do C, Ayres BV da S, Esteves-Pereira AP, Sánchez AR, Larouzé B. Nascer na prisão: Gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 1º de julho de 2016;21(7):2061–70.
21. Madeiro A, Rufino AC, Acaqui RF, Barbosa CM, Martins VMML, de Sousa AMC. Disrespect and abuse during childbirth in maternity hospitals in Piauí, Brazil: A cross-sectional study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1º de dezembro de 2022;159(3):961–7.
22. Lansky S, De Souza KV, De Moraes Peixoto ER, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia e Saude Coletiva*. 1º de agosto de 2019;24(8):2811–24.
23. Monge AB, Elorriaga MF, Verástegui OP, Santiago RV, Nolasco MAM, Álvarez IY, et al. Disrespect and abuse in obstetric care in Mexico: An observational study of deliveries in four hospitals. *Matern Child Health J*. 1º de abril de 2021;25(4):565–73.

24. Madrid Medina C, De León PMÁ, Delgado MMJ, Cancino de la Cruz LG, angel-Jiménez P, Soto Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*. 2019;
25. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*. 1º de maio de 2020;26(6–7):555–72.
26. Correa M, Klein K, Vasquez P, Williams CR, Gibbons L, Cormick G, et al. Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1º de julho de 2021;158(1):35–43.
27. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2013;18.
28. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev obstet ginecol Venezuela* [Internet]. 2015;75(2):81–90. Disponible em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002
29. Huarino-Suca SL, Choque-Chura O. Violência obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *Revista Médica Basadrina*. 2021;
30. Zafra-Tanaka JH, Montesinos-Segura R, Flores-Gonzales PD, Taype-Rondan A. Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: Frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals. *Reprod Health*. 10 de outubro de 2019;16(1).
31. Giordano J, Surita FG. The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study. *Birth*. 2019;46(3):509–16.
32. Oliveira LLF, Trindade RFCD, Santos AAPD, Pinto LMTR, Silva AJCD, Almeida MS. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021;75(1):e20200896. Disponible em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L636256011&from=export> U2 - L636256011
33. Meijer M, Brandão T, Cañadas S, Falcon K. Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148(3):355–60.
34. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivo de violencia obstétrica. *NUtopía y Praxis Latinoamericana*. 2015; 68:113–20.
35. Binfá L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*. 1º de abril de 2016;35:53–61.

36. Núñez-Aguirre EA, Estrada-Esparza SY, Flores-Padilla L, Reveles-Manríquez IJ, Ruiz-Montes PY. Perception of obstetric violence in patients treated in a public hospital in Ciudad Juárez, Chihuahua. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):256–63.
37. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*. 2020;26(6):555–72.
38. Oliveira LLF de, Trindade RFC da, Santos AAP dos, Pinto LMTR, Silva AJC da, Almeida MS. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1).
39. Dornelas ACV de R, Rodrigues LDS, Penteado MP, Batista RFL, Bettiol H, Cavalli R de C, et al. Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2022;27(2):535–44.
40. Paiz JC, de Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, dos Santos Ahne SM, Aqua CBD, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 1º de dezembro de 2022;22(1).
41. Cárdenas-Castro M, Rates SS. Obstetric violence in Chile: Women’s perceptions and differences among health centers. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2022;46.
42. Awad A, Shalash A, Abu-Rmeileh NME. Women’s experiences throughout the birthing process in health facilities in Arab countries: a systematic review. Vol. 19, *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd; 2022.
43. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility-based childbirth: Lessons learned Prof. Suellen Miller. *Reproductive Health*. 11 de outubro de 2017;
44. Filha MMT, Leite TH, Baldisserotto ML, Esteves-Pereira AP, do Carmo Leal M. Quality improvement of childbirth care (Adequate Birth Project) and the assessment of women’s birth experience in Brazil: a structural equation modelling of cross-sectional research. *Reprod Health*. 1º de dezembro de 2022;20.
45. García LID, Yasna FM. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. 2018;(ahead).
46. Rygh AB, Egil Skjeldestad F, Körner H, Eggebø TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BMJ Open* [Internet]. 2014; 4:4592. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/>
47. Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM. Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: A Secondary Analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. *PLoS One*. 3 de junho de 2013;8(6).

48. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol*. 1º de fevereiro de 2002;186(2):221–8.
49. Contreras-Tinoco KA. Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *Musas*. 2018;3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de violência obstétrica durante o parto e aborto na América Latina e Caribe é um fenômeno frequente, porém complexo para ser estimado em uma única medida síntese. A alta heterogeneidade encontrada, devido à falta de um conceito universal, resultou em diversas formas de mensuração do fenômeno, não sendo possível a comparação entre os estudos. Contudo, é evidente que a violência obstétrica durante o parto é uma realidade em pelo menos 11 países da região estudada.

Concluimos com este estudo, a urgente necessidade de estabelecer um conceito padronizado de violência obstétrica, que permita a comparação entre os resultados. É essencial que futuras pesquisas abordem a assistência em situação de aborto, tendo em conta suas especificidades e diferenças em relação as situações que compõe o processo de parto. Somente assim avançaremos na promoção de uma assistência segura, digna e de qualidade para mulheres durante o parto ou aborto.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. M.; BASTOS, M. H. DA S.; KATZ, L. Mistreatment during childbirth. **The Lancet Correspondence**, v. 396, n. 10254, 19 set. 2020.
- BEECH, B. L. Listen With Mother. **AIMS Journal**, v. 19, 1 jun. 2007.
- BOHREN, M. A. et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Medicine**, v. 12, n. 6, 1 jun. 2015.
- BOHREN, M. A. et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: Labor observation and community survey. **BMC Medical Research Methodology**, v. 18, n. 1, 15 nov. 2018.
- BOUSQUET, D.; COURAUD, G.; COLLET, M. **Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical: Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme**. République Française: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/>>. Acesso em: 5 nov. 2023.
- BOWSER, D.; HILL, M. P. H. K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. **Harvard School of Public Health University Research Co**, 2010.
- COLETIVO MARGARIDA ALVES. Violência obstétrica no abortamento. 2020.
- CONTRERAS-TINOCO, K. A. Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. **Musas**, v. 3, 2018.
- DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015.
- GALLE, A. et al. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 369, 2019.
- GARCÍA, L. I. D.; YASNA, F. M. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. **Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso**, n. ahead, 2018.
- GENERAL ASSEMBLY. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. Nova York: [s.n.]. Disponível em: <https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2023.

GOER, H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. **Journal of Perinatal Education**, v. 19, n. 3, p. 33–42, 16 set. 2010.

ISHOLA, F.; OWOLABI, O.; FILIPPI, V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 12, n. 3, p. e0174084, 21 mar. 2017.

KATZ, L. et al. Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 623–626, 1 abr. 2020.

KHALIL, M.; CARASSO, K. B.; KABAKIAN-KHASHOLIAN, T. **Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women’s Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth**. *Frontiers in Global Women’s Health* Frontiers Media S.A., , 2022.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Genebra: [s.n.].

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LEAVY, E. et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 241, 2023.

LEITE, T. H. et al. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 483–491, 2022.

LEITE, T. H. et al. EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO NARRATIVA DO CONTEXTO BRASILEIRO. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023.

MAUNG, T. M. et al. Women’s experiences of mistreatment during childbirth and their satisfaction with care: findings from a multicountry community-based study in four countries. **BMJ Global Health**, v. 5, n. Suppl 2, p. e003688, 1 mar. 2022.

MESENBURG, M. A. et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 54, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho nº 017/19. 3 de maio de 2019** Brasil, 3 maio 2019. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2023

MORÉ PAULETTI, J. et al. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 9, n. 1, p. 1–18, 27 abr. 2020.

MUNN, Z. et al. Revisões sistemáticas de prevalência e incidência. **JBI Manual para Síntese de Evidências**, 2020.

MUÑOZ, J. T. et al. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. **Grupo Médico por el Derecho a Decidir - GDC Colombia**, 2015.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 13 ago. 2023.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. [s.l: s.n.]. . Acesso em: 18 jun. 2023.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. n71, 29 mar. 2021.

PERROTTE, V.; CHAUDHARY, A.; GOODMAN, A. “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 10, n. 11, p. 1544–1562, 2020.

RATTNER, D. et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. pag.215-228, 29 nov. 2010.

RICH A. **On Lies, Secrets and Silence. Selected Prose 1966-1978**. New York: W. W. Norton, 1979.

SANDO, D. et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: Lessons learned Prof. Suellen Miller. **Reproductive Health**, 11 out. 2017.

SAVAGE, V.; CASTRO, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, 26 out. 2017.

SENA, L. M. **Violência obstétrica: Você foi vítima?** Disponível em: <<https://cientista-queviroumae.com.br/portfolio/violencia-obstetrica-voce-foi-vitima/>>. Acesso em: 12 out. 2023.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, 2017.

TOBASÍA-HEGE, C. et al. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: Systematic review and meta-analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 43, 2019.

VAN DER PIJL, M. S. G. et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. **Reproductive Health**, v. 19, n. 1, 1 dez. 2022.

VEDAM, S. et al. The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, 11 jun. 2019.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência.**, 2007. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-elDerecho-de-las-Mujeresauna-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2023

ANEXO

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

Fonte: (MUNN et al., 2020)