

Fatores facilitadores da violência obstétrica em maternidades públicas: uma revisão integrativa

Diana Dark Nogueira Araújo¹

Camila Chaves da Costa²

Resumo: A violência obstétrica constitui uma violação dos direitos humanos e um obstáculo à humanização do parto. Este estudo teve como objetivo analisar os fatores que influenciam a sua ocorrência em serviços públicos de saúde. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Web of Science (2020–2025), utilizando os descritores DeCS/MeSH “violência obstétrica/obstetric violence” e “obstetrícia/obstetrics”, combinados a termos livres (“obstetric abuse”, “mistreatment during childbirth”, “maternal care violence”) e operadores booleanos (AND/OR). A estratégia PICO foi empregada exclusivamente para orientar a elaboração da questão norteadora, composta por gestantes/parturientes (P), violência obstétrica (I) e serviços públicos de saúde (Co). Realizou-se uma análise descritiva e interpretativa dos estudos selecionados, e os achados foram organizados em quatro eixos: desigualdade de gênero, racismo institucional, falhas estruturais do sistema de saúde e cuidado humanizado. Constatou-se que a falta de formação profissional, a naturalização da violência e deficiências gerenciais sustentam práticas abusivas. Observou-se maior concentração de estudos no ano de 2022. Conclui-se que enfrentar a violência obstétrica requer fortalecer políticas públicas, valorizar a enfermagem obstétrica e promover cuidado centrado na mulher, baseado no respeito e na dignidade.

Palavras-chave: violência obstétrica; parto humanizado; maternidades públicas; enfermagem obstétrica; direitos das mulheres.

Abstract: Obstetric violence constitutes a violation of human rights and an obstacle to the humanization of childbirth. This study aimed to analyze the factors that influence its occurrence in public health services. An integrative review was conducted in the SciELO, LILACS, PubMed, and Web of Science databases (2020–2025), using the DeCS/MeSH descriptors “obstetric violence” and “obstetrics,” combined with free terms (“obstetric abuse,” “mistreatment during childbirth,” “maternal care violence”) and Boolean operators (AND/OR). The PICO strategy was used exclusively to guide the development of the guiding question, composed of pregnant women/parturients (P), obstetric violence (I), and public health services (Co). A descriptive and interpretative analysis of the selected studies was performed, and the findings were organized into four axes: gender inequality, institutional racism, structural failures of the health system, and humanized care. It was found that a lack of professional training, the normalization of violence, and managerial deficiencies sustain abusive practices. A greater concentration of studies was observed in the year 2022. It is

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Instituto de Ciências da Saúde, Redenção–CE, Brasil. E-mail: dianadark357@gmail.com.

² Professora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Instituto de Ciências da Saúde, Redenção–CE, Brasil.

concluded that confronting obstetric violence requires strengthening public policies, valuing obstetric nursing, and promoting woman-centered care based on respect and dignity.

Keywords: obstetric violence; humanized childbirth; public maternity hospitals; obstetric nursing; women's rights.

1 INTRODUÇÃO

O parto, embora seja um evento fisiológico, envolve aspectos psicológicos, fisiológicos, socioeconômicos e culturais, configurando-se como um processo complexo que desperta sentimentos diversos, como ansiedade, medo, insegurança, alegria e expectativa (Matos; Magalhães, 2021). Esse momento, que deveria ser vivenciado de forma segura e acolhedora, pode se transformar em uma experiência traumática quando as mulheres são submetidas à violência obstétrica, situação que acarreta impactos psicológicos prolongados e medo de futuras gestações (Fpabramo, 2013).

A violência obstétrica manifesta-se de diferentes maneiras, abrangendo procedimentos invasivos e condutas desumanizadas, como tricotomia, realização de clister, episiotomia, amniotomia de rotina, indução de contrações com ocitocina sintética, manobra de Kristeller, restrição de acompanhante, imposição da posição litotômica, negação de alimentos, ausência de mobilidade, falta de consentimento informado, humilhações verbais e até assédios sexuais (Ferreira; Magalhães, 2020). Essas práticas revelam o caráter institucional e simbólico da violência, sustentado por uma cultura médica autoritária e pela naturalização do sofrimento feminino no parto.

No Brasil, o debate sobre o tema ganhou força nos anos 2000, inspirado por movimentos latino-americanos e pela mobilização de mulheres que denunciaram abusos e desrespeitos durante o parto (Assis, 2018). A partir da década de 1990, a expressão “parto humanizado” passou a ser incorporada às políticas públicas de saúde, propondo um modelo de atenção baseado em evidências científicas e nos direitos humanos das usuárias (Diniz, 2005; Bourguignon; Grisotti, 2020). A Organização Mundial da Saúde (2019) alerta que mulheres jovens e com baixa escolaridade são mais vulneráveis à violência obstétrica, sendo frequentemente expostas a abusos físicos e verbais, procedimentos sem consentimento, negligência e discriminação. No Brasil, essas práticas atingem de forma mais severa mulheres

negras, indígenas e de baixa renda, revelando a interseção entre gênero, classe e raça na reprodução dessa violência (Brasil, 2023a).

Dados recentes demonstram a magnitude do problema: entre as mulheres que relataram ter sofrido violência obstétrica, 40% não concluíram o ensino médio, 46,7% possuem entre 18 e 24 anos e 88,3% foram atendidas em hospitais públicos (Leite *et al.*, 2020). Segundo a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as cesarianas já representam 21% dos partos realizados mundialmente, percentual que vem crescendo de forma preocupante (Nações Unidas Brasil, 2021). Esse dado reforça o aumento de intervenções desnecessárias e a medicalização excessiva do parto, elementos diretamente associados à maior probabilidade de ocorrência de práticas que configuram violência obstétrica. Quando realizadas sem indicação médica, essas cirurgias aumentam o risco de hemorragias, infecções e recuperação prolongada, expondo mulheres e bebês a complicações evitáveis.

A violência obstétrica é uma realidade global, relatada em diversos países por mulheres que se sentiram violadas, invadidas ou desamparadas em um momento de vulnerabilidade (Matos; Magalhães, 2021). Mesmo diante de avanços legais, como a Lei nº 14.737/2023, que garante o direito à presença de acompanhante durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a efetivação dessas garantias ainda encontra barreiras culturais e institucionais (Brasil, 2023b). Um estudo nacional indica que os maiores índices de violência obstétrica ocorrem na rede pública, muitas vezes praticados por profissionais despreparados ou submetidos a condições precárias de trabalho (Martins *et al.*, 2022).

Apesar do aumento das denúncias, o Brasil ainda carece de uma legislação nacional específica que reconheça a violência obstétrica e estabeleça medidas educativas, preventivas e responsabilizadoras. Tramitam no Congresso projetos de lei, como o PL nº 422/2023, que propõe incluir essa modalidade de agressão na Lei Maria da Penha, e iniciativas locais, como a Lei nº 11.609/2023, de Belo Horizonte, que define a violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres (Belo Horizonte, 2023).

Nesse contexto, o papel dos profissionais de enfermagem é central no enfrentamento desse fenômeno, pois são eles que permanecem mais próximos das gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério. Contudo, a ausência de abordagem específica sobre o tema na formação acadêmica ainda compromete a prática profissional e evidencia a necessidade de capacitação contínua (Soares *et al.*, 2024).

A atuação da equipe multiprofissional, com destaque para a enfermagem obstétrica, está diretamente associada à redução de intervenções desnecessárias e à promoção de partos mais seguros e humanizados (Moura *et al.*, 2018; Cofen, 2020).

A realização deste estudo justifica-se pela fragmentação ainda existente na literatura sobre violência obstétrica, especialmente quanto aos fatores que facilitam sua ocorrência em serviços públicos de saúde. Embora haja pesquisas relevantes, observa-se uma lacuna na integração de evidências recentes (2020–2025) que articulem dimensões estruturais, culturais, institucionais e assistenciais. Assim, este estudo diferencia-se por sintetizar resultados nacionais e internacionais atualizados, contribuindo para o aprimoramento da formação profissional, para ações educativas e para o fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde materna.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os principais fatores que influenciam a ocorrência da violência obstétrica em maternidades públicas, com base em evidências científicas publicadas entre 2020 e 2025. Ao reunir e discutir estudos nacionais e internacionais sobre o tema, busca-se contribuir para a conscientização dos profissionais de saúde e para o fortalecimento de práticas assistenciais humanizadas e respeitosas, bem como fomentar o debate necessário para subsidiar reflexões e direcionamentos das políticas públicas de atenção ao parto e nascimento.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma Revisão Integrativa (RI), método que possibilita a síntese e análise ampla de um tema específico, favorecendo a identificação de evidências científicas disponíveis e a proposição de novas perspectivas de investigação. A RI, frequentemente utilizada na Prática Baseada em Evidências (PBE), permite incluir estudos experimentais e não experimentais, ampliando a compreensão sobre o fenômeno estudado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A elaboração seguiu as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): (1) formulação da pergunta norteadora; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; (3) busca bibliográfica; (4) coleta e organização dos dados; (5) análise e interpretação; e (6) apresentação dos resultados.

A pergunta norteadora foi construída segundo a estratégia PICo, em que P

(*Population*) representa gestantes e parturientes atendidas em serviços públicos de saúde, I (*Interest*) refere-se aos fatores que influenciam a ocorrência da violência obstétrica, e Co (*Context*) corresponde aos serviços públicos de saúde, incluindo maternidades, centros obstétricos e unidades hospitalares de diferentes países. Assim, definiu-se: “Quais fatores facilitam a violência obstétrica nas maternidades públicas?”

2.1 Fontes de informação e estratégia de busca

As buscas foram realizadas nas bases SciELO, LILACS (BVS), PubMed e Web of Science – Core Collection (Clarivate), no mês de setembro de 2025. Utilizaram-se os descritores DeCS/MeSH “Violência obstétrica/Obstetric Violence” e “Obstetrícia/Obstetrics”, além de termos livres equivalentes, como “obstetric abuse”, “mistreatment during childbirth”, “maternal care violence”, “birth mistreatment” e “disrespect and abuse in childbirth”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Aplicaram-se filtros para o período 2020–2025, justificado por representar a produção científica mais recente sobre violência obstétrica, marcada por avanços conceituais, intensificação das discussões sobre humanização do parto e aumento de pesquisas no período pós-pandemia, além dos idiomas português, espanhol e inglês, tipo de documento (artigos) e disponibilidade de texto completo.

- SciELO (07/09/2025): busca avançada em título, resumo e assunto, utilizando aspas para expressões exatas (“violência obstétrica” AND obstetrícia);
- LILACS (BVS) (07/09/2025): descritores de assunto (DeCS) combinados a palavras-livres;
- PubMed (07/09/2025): estratégia com campos Title/Abstract para obstetric violence/violência obstétrica e MeSH Obstetrics, mantendo os mesmos filtros;
- Web of Science (11/09/2025): campo Topic (TS) — Título, Resumo, Palavras-chave do autor e Keywords Plus — com a consulta: TS= (“obstetric violence” OR “violencia obstétrica” OR “violência obstétrica”) AND TS= (“obstetrics” OR “obstetricia” OR “obstetrícia”), refinada por Publication Years (2020–2025), Document Type (Article) e Languages (English, Spanish, Portuguese).

2.2 Identificação, triagem e elegibilidade

Após a aplicação dos filtros, foram identificados 468 registros iniciais nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Web of Science. Procedeu-se à deduplicação interbases pelo software Rayyan®, utilizando a ferramenta automática de identificação de duplicados, seguida de conferência manual (título, autores, periódico e DOI/URL), resultando na exclusão de 38 registros duplicados e totalizando 430 registros únicos.

Na triagem por título e resumo, 390 estudos foram excluídos por não atenderem à pergunta norteadora ou ao contexto PICo, restando 40 artigos para leitura na íntegra.

Na etapa de elegibilidade, os textos completos foram avaliados conforme os critérios PICo e extraídos em planilha padronizada contendo: identificação, país/cenário, população, delineamento, definição e práticas de violência obstétrica, principais achados, limitações e juízo de elegibilidade. Durante a leitura integral, 18 estudos foram excluídos, seja por tipo de publicação não elegível ou desalinhamento ao contexto PICo. Assim, 22 estudos permaneceram incluídos na revisão integrativa, conforme demonstrado no Quadro 1, que apresenta a caracterização geral e os principais achados de cada publicação.

2.3 Síntese e análise dos dados

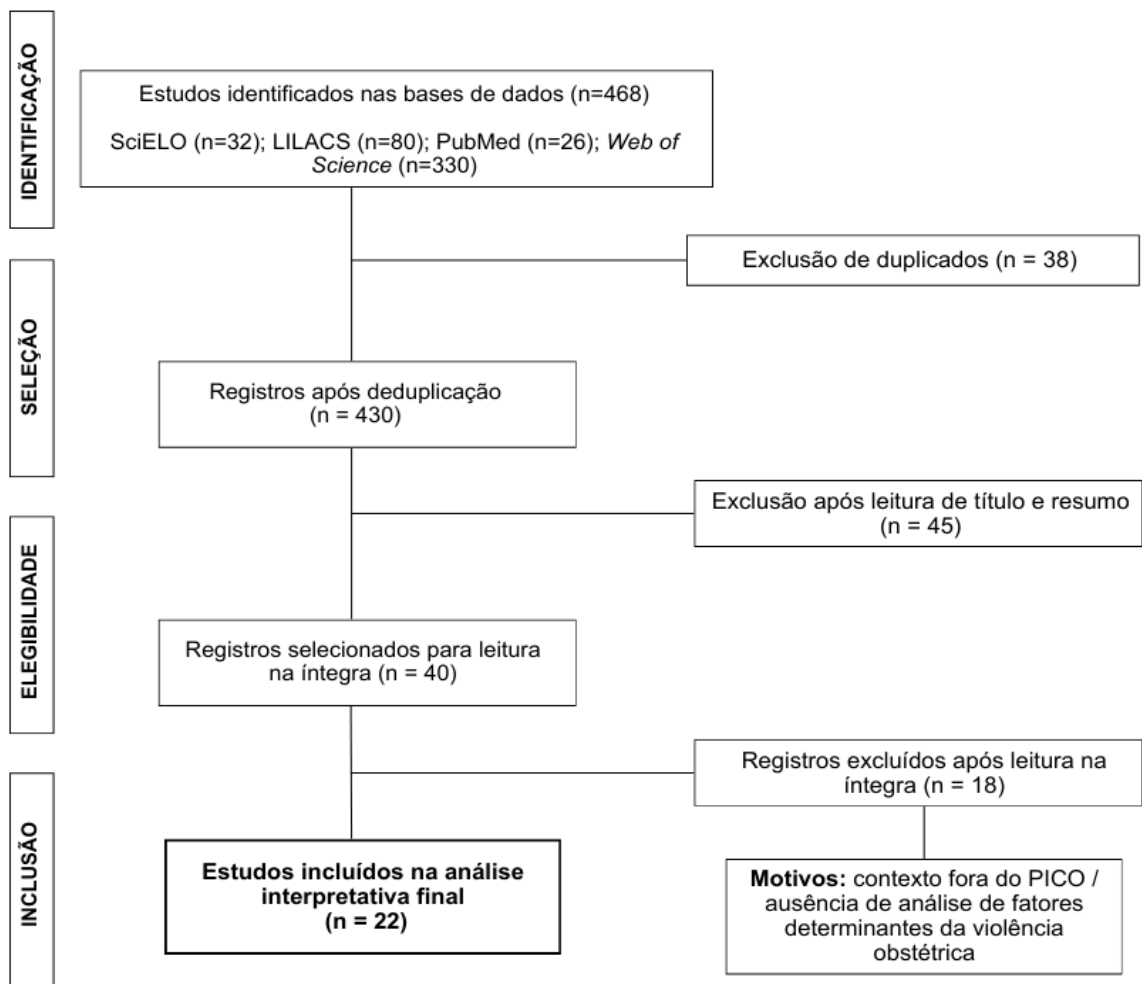
Os estudos incluídos foram analisados de forma descritiva e interpretativa. A primeira etapa consistiu na descrição quantitativa das publicações (ano, país, base de origem, tipo de estudo e população investigada). A segunda etapa correspondeu à análise qualitativa e comparativa dos achados, com agrupamento temático das evidências em torno dos fatores determinantes da violência obstétrica em maternidades públicas, com ênfase nas dimensões institucional, sociocultural, estrutural e relacional.

O conjunto das informações foi organizado em um quadro sinóptico (Quadro 1), seguido da discussão interpretativa das convergências e divergências entre os estudos, visando identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da violência obstétrica e suas implicações para a atenção obstétrica.

RESULTADOS

Após a identificação dos 468 estudos iniciais, a deduplicação e a triagem segundo os critérios estabelecidos, 22 artigos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final desta revisão integrativa. A Figura 1 apresenta o processo de identificação, deduplicação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, conforme as recomendações do modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA dos estudos incluídos (n = 22)



Fonte: Elaborado pela autora.

Em seguida, o Quadro 1 sintetiza os artigos selecionados, destacando país, delineamento, população/amostra, principais resultados, relação com a pergunta norteadora e observações metodológicas.

Quadro 1 – Estudos selecionados sobre violência obstétrica (2020–2025)

Código	Autor/Ano – País	Tipo de estudo	População/Amostra	Principais Resultados	Resposta à Questão	Limitações
A1	Dois <i>et al.</i> , 2022 – Chile	Qualitativo teórico	12 puérperas	Hierarquias reduzem autonomia	Patriarcado favorece violência	Amostra pequena
A2	Mattei <i>et al.</i> , 2024 – Brasil	Qualitativo teórico	38 participantes	Conflito práticas/estrutura	Formação influencia violência	Contexto regional
A3	Damasceno <i>et al.</i> , 2024 – Brasil	Qualitativo descritivo	2 mulheres quilombolas	Racismo gera discriminação	Interseccionalidade aumenta risco	Amostra reduzida
A4	Teixeira <i>et al.</i> , 2020 – Brasil	Quali-quantitativo	14 puérperas	Alta prevalência VO	Baixa informação aumenta submissão	Amostra pequena
A5	Alnabilsy e Sharon, 2023 – Israel	Qualitativo teórico	20 entrevistas	Comunicação inadequada	Poder assimétrico reforça VO	Alta escolaridade
A6	Gleason <i>et al.</i> , 2021 – Colômbia	Etnográfico	9 indígenas	Desrespeito cultural	Barreiras culturais ampliam VO	Amostra pequena
A7	Mayra <i>et al.</i> , 2024 – Índia	Participativo	8 mulheres	Violência naturalizada	Patriarcado legitima VO	Amostra heterogênea
A8	Wahdan e Abu-Rmeileh, 2023 – Palestina	Transversal	5 hospitais	Acompanhante reduz abusos	Apoio protege contra VO	Dados pandêmicos
A9	Mayra <i>et al.</i> , 2022 – Índia	Participativo	8 mulheres	Coerção e procedimentos sem consent.	Modelo biomédico reforça VO	Amostra pequena
A10	Taye e Belachew, 2025 – Etiópia	Quase-experimental	396 puérperas	Intervenção reduziu VO	Treinamento protege	Risco de viés
A11	Simeneh <i>et al.</i> , 2024 – Etiópia	Transversal	409 puérperas	Alta prevalência VO	Condições socioeconômicas influenciam	Sem análise qual.
A12	Keedle, Keedle e Dahlen, 2024 – Austrália	Inquérito online	8.804 mulheres	Desumanização frequente	Comunicação deficiente gera VO	Amostra autoselecionada
A13	Melo <i>et al.</i> , 2022 – Brasil	Qualitativo descritivo	10 puérperas	Medo e negligência	Falta de comunicação reforça VO	Dados antigos
A14	Barata, 2022 – Portugal	Etnográfico	3 migrantes	Racismo e práticas invasivas	Racismo estrutura VO	Amostra reduzida
A15	Molla, Wudneh e Tilahun, 2022 – Etiópia	Transversal comunit.	661 mães	Alta VO e insultos	Desigualdade aumenta vulnerab.	Recordatório limitado
A16	Yalley <i>et al.</i> , 2023 – Gana	Transversal	1.854 mulheres	Abandono e abuso	Vulnerabilidade social afeta VO	Amostra conveniência
A17	Azzam <i>et al.</i> , 2023 –	Observacional	259 puérperas	Mais abusos setor	Estrutura influencia	Confusão entre

	Jordânia			público		grupos
A18	Fors <i>et al.</i> , 2023 – Equador	Transversal online	1.598 mulheres	Isolamento pós-COVID	Pandemia agravou VO	Viés memória
A19	Rusu, Nogueira e Topa, 2025 – Portugal	Qualitativo expl.	12 brasileiras	Racismo e xenofobia	Discriminação aumenta VO	Viés seleção
A20	Castro e Rates, 2021 – Chile	Psicométrico	367 mulheres	Escala validada VO	Instrumentos permitem medir VO	Recordatório longo
A21	Westergård, Kylma e Paavilainen, 2025 – Finlândia	Qualitativo descritivo	30 narrativas	Coerção frequente	Poder médico reforça VO	Sem dados clínicos
A22	Annborna e Finnbogadóttir, 2022 – Suécia	Qualitativo indutivo	12 mulheres	Dor, ameaça e abandono	Consentimento é eixo central	Amostra pequena

As publicações datam de 2020 a 2025, com maior concentração no ano de 2022, seguido pelos anos de 2023 e 2024, evidenciando o crescente interesse acadêmico sobre o tema. Os estudos foram realizados em 15 países, abrangendo a América Latina, África, Ásia, Europa e Oceania, considerando diferentes tipos de serviços públicos de saúde ou unidades equivalentes, conforme a organização de cada sistema nacional, confirmando a dimensão global da violência obstétrica (VO).

Predominaram delineamentos qualitativos ($n = 17$), seguidos de transversais ($n = 4$) e um quase-experimental ($n = 1$). Todos os estudos selecionados foram conduzidos exclusivamente em serviços públicos de saúde ou em unidades assistenciais equivalentes, tendo como participantes puérperas e profissionais da área obstétrica.

De modo geral, os estudos revelam que a VO se manifesta por procedimentos sem consentimento, negligência no alívio da dor, ausência de acompanhante, coerção verbal ou física e tratamentos desumanizados, sustentados por estruturas institucionais que reproduzem relações de poder, desigualdades de gênero e racismo institucional. Os achados foram organizados em quatro categorias temáticas: (1) Desigualdade de gênero e cultura patriarcal, (2) Racismo institucional e interseccionalidades, (3) Falhas estruturais e institucionais do sistema de saúde, e (4) Cuidado humanizado e políticas públicas.

3.1 Desigualdade de gênero e cultura patriarcal

A primeira categoria evidencia que a assimetria de poder entre categorias profissionais, historicamente vinculada ao modelo biomédico, e a naturalização da submissão feminina continuam a estruturar o cuidado obstétrico. Em estudos brasileiros e latino-americanos (A1, A2, A4 e A13), foram relatadas práticas como episiotomia sem consentimento, restrição de movimentos, gritos e humilhações, revelando a persistência de uma cultura patriarcal que desautoriza as mulheres a participar das decisões sobre seus corpos.

De forma semelhante, um inquérito nacional online na Austrália (A12) identificou elevada prevalência de experiências de desumanização, violação e perda de controle durante o parto, indicando que a concentração de autoridade clínica nas equipes de saúde, especialmente em contextos hierarquizados, está associada à percepção de violência e à quebra de confiança no sistema de saúde.

No Chile, o estudo de A1 (Dois *et al.*, 2022) observou que a participação das mulheres no processo decisório é limitada por hierarquias e práticas coercitivas, reforçando que a VO é sustentada por uma racionalidade biomédica verticalizada. De modo semelhante, estudos asiáticos (A7 e A9) apontaram que a desigualdade de gênero, a dependência econômica e o medo de retaliação por parte da equipe médica agravam o silêncio e a conivência das pacientes frente à violência.

Ao comparar diferentes contextos, Mayra *et al.* (A9, 2022) destacaram que há "um padrão global de desrespeito institucionalizado que nega o direito à autonomia reprodutiva". A convergência desses achados demonstra que o patriarcado e o controle médico sobre o corpo feminino são dimensões estruturais da VO, configurando uma violência de caráter simbólico e institucional.

3.2 Racismo institucional e interseccionalidades

A segunda categoria mostra que o racismo estrutural e outras formas de discriminação interseccional intensificam a vulnerabilidade de mulheres negras, indígenas e migrantes. Em estudo com comunidades quilombolas brasileiras (A3), Damasceno *et al.* (2024) destacam que "a cor da pele e a origem social ainda determinam o tipo de cuidado obstétrico recebido", evidenciando desigualdades raciais no atendimento.

Resultados semelhantes foram encontrados entre mulheres indígenas na Colômbia (A6), que relataram ausência de intérprete, imposição de protocolos biomédicos e desconsideração de práticas culturais tradicionais. Em Portugal, os estudos A14 (Barata, 2022) e A19 (Rusu *et al.*, 2025) constataram a presença de estereótipos raciais e xenofóbicos que sustentam práticas invasivas em partos de mulheres afro-brasileiras e brasileiras racializadas migrantes, evidenciando que o pertencimento étnico-racial e a condição migratória operam como determinantes das experiências de VO.

O conjunto desses estudos (A3, A6, A14 e A19) demonstra que as práticas obstétricas estão impregnadas por uma lógica racializada de poder. Em diferentes países, as mulheres racializadas compartilham experiências de deslegitimação, discriminação e invisibilidade, confirmando a urgência de políticas de saúde que incorporem competência cultural e formação antirracista.

3.3 Falhas estruturais e institucionais do sistema de saúde

A terceira categoria identifica a estrutura institucional precária e a ausência de protocolos baseados em evidências e alinhados às boas práticas obstétricas como fatores centrais na perpetuação da VO. Estudos realizados em Israel e na África (A5, A11, A15 e A16) apontaram que a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos materiais e a falta de treinamento em comunicação favorecem comportamentos autoritários, impessoais e violentos, além de altas prevalências de desrespeito, exposição do corpo e negligência durante o parto.

Na Palestina, o estudo A8 (Wahdan; Abu-Rmeileh, 2023) evidenciou que a presença de acompanhante reduz significativamente agressões verbais, procedimentos sem consentimento e negação de analgesia, enquanto a ausência desse suporte emocional aumenta a vulnerabilidade das parturientes.

Pesquisas europeias (A17 e A18) reforçaram que superlotação, rigidez institucional e padronização tecnicista do cuidado comprometem a dignidade e a segurança das mulheres, especialmente em serviços públicos.

Esses achados (A5, A8, A11, A15, A16, A17 e A18) convergem para o entendimento de que a VO é um fenômeno sistêmico, sustentado por deficiências estruturais, normativas e gerenciais. Diversos estudos descrevem ausência de formação continuada e fragilidades institucionais relacionadas à responsabilização, registradas inclusive em países com sistemas de saúde de alta complexidade, compondo elementos frequentemente associados às experiências de violência obstétrica.

3.4 Cuidado humanizado e políticas públicas

A quarta categoria reúne estudos que abordam estratégias de enfrentamento e boas práticas para a redução da VO. Na Etiópia, A10 (Taye e Belachew, 2025) demonstraram que um programa de formação centrado no cuidado respeitoso reduziu significativamente práticas de desrespeito, negligência e falta de consentimento. Na Suécia e na Finlândia (A21 e A22), os resultados mostram que a escuta ativa, o diálogo empático e o suporte emocional promovem experiências mais positivas, destacando o potencial transformador de modelos de cuidado baseados

na relação e na autonomia da mulher.

Durante a pandemia de COVID-19, A18 (Fors *et al.*, 2023) identificaram que restrições institucionais sem abordagem humanizada ampliaram o isolamento e o sofrimento materno, reforçando a necessidade de políticas sensíveis às dimensões emocionais do parto. Além disso, um estudo psicométrico no Chile (A20) demonstrou que instrumentos validados para mensurar VO são essenciais para monitorar o problema, orientar intervenções e subsidiar políticas públicas.

4 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que a violência obstétrica permanece como um problema estrutural e persistente em diferentes países e contextos sociais. Mesmo diante de avanços legais e institucionais voltados à humanização do parto, observam-se práticas desrespeitosas sustentadas por relações de poder e desigualdade de gênero. Essa constatação reforça as reflexões de Diniz (2005; 2017), ao apontar a violência obstétrica como uma das expressões mais visíveis da dominação patriarcal nos serviços de saúde. Sob essa mesma perspectiva, Foucault (1979) interpreta que o corpo feminino historicamente foi controlado por discursos médicos e morais que restringem a autonomia das mulheres, controle que ainda se manifesta nas rotinas hospitalares, mesmo sob a aparência de cuidado técnico. Estudos recentes, como Bohren *et al.* (2021; 2023), confirmam que tais práticas persistem em diversos sistemas de saúde e refletem desigualdades estruturais arraigadas.

A literatura recente também demonstra que o modelo de assistência obstétrica ainda reproduz formas sutis de coerção. Pesquisas de d'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) e Leal *et al.* (2014) revelam que muitas mulheres continuam sendo tratadas de forma autoritária, sem espaço para decidir sobre o próprio corpo ou sobre o processo de parto. Nos estudos analisados (A1, A2, A4, A10, A12 e A13), há recorrência de condutas que reforçam a ideia de submissão feminina e silêncio diante da autoridade médica. Além disso, achados de investigações qualitativas e psicométricas em diferentes países (A20 e A22) evidenciam que práticas invasivas sem consentimento continuam naturalizadas, reforçando a dimensão simbólica da violência. Essa expectativa de passividade, como observa Biroli (2018), permanece enraizada na prática obstétrica. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (2018;

2023) chama atenção para a comunicação deficiente entre profissionais e gestantes, configurando-se como uma forma de violência simbólica. Quando o diálogo é substituído pela imposição, o parto humanizado torna-se um ideal distante. Sadler *et al.* (2020; 2022) aprofundam essa discussão ao demonstrar que a violência obstétrica é sustentada por uma lógica institucional que naturaliza práticas coercitivas e estabelece o poder médico como centralidade normativa.

Outro aspecto relevante identificado nesta revisão refere-se à formação dos profissionais de saúde. Os artigos (A5, A7, A9, A11, A12, A15, A16, A17, A18 e A20) mostram que grande parte das situações de desrespeito decorre da ausência de preparo ético e emocional. Feuerwerker (2014; 2021) argumenta que a formação técnica desvinculada da dimensão humana tende a reproduzir modelos autoritários, e essa falta de empatia e escuta é uma constante nos estudos revisados. Aguiar e d'Oliveira (2011) reforçam que a inserção de debates sobre ética, gênero e direitos reprodutivos na graduação e na residência é essencial para romper com a lógica de obediência e promover práticas de acolhimento. Autores atuais, como Bohren *et al.* (2019) e Downe *et al.* (2022), também enfatizam que competências relacionadas à comunicação respeitosa, consentimento informado e escuta ativa devem ser tratadas como habilidades clínicas essenciais. Também se destaca que as relações hierárquicas não atingem apenas as mulheres atendidas, mas também impactam profissionais como enfermeiros, técnicos e residentes, que frequentemente vivenciam ambientes de trabalho autoritários e limitados em autonomia, contribuindo indiretamente para a reprodução de práticas desumanizadas.

As interseccionalidades entre gênero, raça e classe social também emergem como elementos centrais da discussão. Pesquisas de Carneiro (2020) e Crenshaw (1991) evidenciam que o racismo institucional atravessa as relações de cuidado e aprofunda desigualdades. Nos estudos analisados (A3, A6, A14, A15 e A19), o preconceito racial interfere tanto no acesso ao atendimento quanto na qualidade da assistência recebida. Gleason *et al.* (2021) e Barata (2022) relatam que mulheres negras, indígenas e migrantes enfrentam maior frequência de ofensas verbais, deslegitimação e negligência. Achados de Rusu *et al.* (2025; A19) reforçam que a xenofobia e a racialização das mulheres migrantes criam barreiras adicionais ao cuidado respeitoso. Embora o Ministério da Saúde (2022) reconheça essa desigualdade e proponha ações específicas, a implementação ainda é limitada. Castro, Savage e Kaufman (2021) observam que sistemas de saúde estruturados

sobre desigualdades raciais tendem a reproduzir padrões discriminatórios independentemente das condições econômicas ou do nível de desenvolvimento do país, o que reforça a dimensão global da violência obstétrica racializada. Os achados demonstram que não há humanização possível sem o enfrentamento do racismo estrutural e das hierarquias culturais que moldam o cuidado.

Por outro lado, alguns estudos (A10, A11, A18, A21 e A22) apresentaram experiências positivas de cuidado humanizado. Em contextos como Etiópia, Finlândia, Suécia e Brasil, foram descritas práticas de escuta ativa, diálogo constante e trabalho em equipe, resultando em partos mais seguros e acolhedores. Programas de formação continuada e apoio emocional às equipes, como apontam Taye e Belachew (2025; A10) e Fors *et al.* (2023), reduzem significativamente os índices de violência obstétrica. Nessa mesma direção, Feuerwerker (2014) ressalta que o cuidado sensível depende de instituições que valorizem a autonomia profissional e o vínculo entre os sujeitos. Os resultados dialogam com Damasceno *et al.* (2022), que enfatizam a importância da educação permanente como instrumento de transformação da cultura institucional. Jolivet *et al.* (2022) acrescentam que modelos de cuidado centrados na mulher, baseados em evidências científicas, reduzem intervenções desnecessárias e ampliam a satisfação materna. O uso de protocolos baseados em evidências, e não apenas de protocolos chamados humanizados, fortalece a segurança e a autonomia das gestantes. Além disso, o uso de instrumentos validados (A20) contribui para dimensionar a magnitude da violência e orientar políticas de cuidado respeitoso. Quando o cuidado se orienta pelo respeito e pela empatia, a relação entre profissional e paciente se torna mais horizontal e efetiva.

A discussão sobre a violência obstétrica também exige um olhar político e jurídico. Políticas como a Rede Cegonha (Brasil, 2011) e a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013) foram criadas para assegurar um parto seguro e respeitoso, mas a distância entre as diretrizes e a prática cotidiana permanece significativa. Segundo a OMS (2023), a efetiva mudança depende da criação de mecanismos de responsabilização e de espaços seguros para a escuta das mulheres. Diniz (2017) acrescenta que o Estado precisa assumir um papel ativo na produção de dados e indicadores sobre violência institucional, uma vez que a subnotificação e a ausência de fiscalização ainda são recorrentes. Vacaflor (2020) reforça que reconhecer a violência obstétrica como violação de direitos humanos constitui etapa indispensável para que políticas públicas avancem em direção à prevenção,

fiscalização e responsabilização institucional.

Como toda revisão integrativa, este estudo apresenta limitações importantes. A busca foi restrita às bases SciELO, LILACS, PubMed e Web of Science, o que pode ter levado à não inclusão de estudos relevantes indexados em outros repositórios. A opção pelo recorte temporal de 2020 a 2025, embora justificada pela necessidade de levantar evidências recentes e alinhadas às mudanças pós-pandemia, pode ter excluído pesquisas anteriores de alta qualidade metodológica. A heterogeneidade dos estudos incluídos, predominantemente qualitativos, limita comparações diretas e a generalização dos achados. Também se ressalta a não inclusão de literatura cinzenta e o uso frequente de amostras por conveniência e autorrelatos, sujeitos a vieses de seleção e memória. Ainda assim, as convergências temáticas observadas reforçam a consistência interpretativa desta revisão e oferecem subsídios sólidos para reflexão e construção de políticas públicas.

O diálogo entre os resultados desta revisão e a literatura recente converge para um consenso: o enfrentamento da violência obstétrica requer uma transformação estrutural. A mudança passa pela formação continuada, pela ética no cuidado e por políticas públicas voltadas à equidade e à humanização do parto. A efetivação do parto humanizado depende da construção de espaços onde a mulher seja ouvida, respeitada e reconhecida como protagonista do próprio processo. Dessa forma, os achados desta revisão reforçam que humanizar o cuidado obstétrico não é apenas uma questão técnica, mas um compromisso ético, político e social que deve orientar o futuro das práticas em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os fatores que influenciam a ocorrência da violência obstétrica em maternidades públicas, e os resultados obtidos confirmam que se trata de um fenômeno complexo, sustentado por aspectos culturais, estruturais e institucionais que ainda marcam a assistência ao parto em diferentes contextos. A revisão integrativa permitiu compreender que a violência obstétrica não se restringe a práticas físicas ou verbais isoladas, mas reflete um modelo de atenção centrado no controle do corpo feminino e na hierarquia médico-paciente.

Entre os fatores mais recorrentes estão a desigualdade de gênero e a

cultura patriarcal, que legitimam a desautorização da mulher sobre o próprio corpo; o racismo institucional e as desigualdades sociais, que ampliam as vulnerabilidades de mulheres negras, indígenas e migrantes; e as falhas estruturais e gerenciais do sistema de saúde, como a falta de capacitação profissional, a sobrecarga de trabalho e a ausência de protocolos humanizados. Esses elementos evidenciam que a violência obstétrica não é um problema individual ou circunstancial, mas sim uma expressão de desigualdades históricas que se reproduzem na rotina assistencial.

Além de evidenciar esses determinantes, os estudos analisados apontam caminhos possíveis para o enfrentamento do problema. Experiências bem-sucedidas mostram que a formação permanente das equipes de saúde, o fortalecimento da escuta ativa, o respeito ao consentimento informado e a presença do acompanhante durante o parto são medidas que contribuem para reduzir práticas abusivas e promover o cuidado centrado na mulher. Tais estratégias reforçam que a melhoria da assistência exige não apenas mudanças técnicas, mas transformações institucionais que promovam segurança, acolhimento e responsabilização.

Destaca-se, ainda, o papel essencial da enfermagem obstétrica nesse processo. Por estar em contato direto com as gestantes e puérperas, o enfermeiro tem condições de reconhecer situações de violência, atuar na prevenção e assegurar que o parto ocorra de forma digna e segura. O fortalecimento dessa categoria profissional, aliado à educação permanente e à valorização de práticas baseadas em evidências, representa um eixo estratégico para qualificar a atenção obstétrica.

Conclui-se que a violência obstétrica continua sendo uma violação de direitos humanos e um desafio para a saúde pública, cuja superação depende do comprometimento institucional, da revisão das práticas assistenciais e da implementação de políticas públicas efetivas. Assim, enfrentar a violência obstétrica implica reconhecer suas raízes estruturais, ampliar o debate público e fortalecer políticas de cuidado que garantam equidade, autonomia e respeito às mulheres. Reconhecer e discutir o tema é o primeiro passo para transformar a realidade das maternidades públicas, garantindo às mulheres o direito de vivenciar o parto com autonomia, segurança e respeito.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades

públicas sob a ótica das usuárias. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 4, p. 718–726, 2011.

ALNABILSY, R.; SHARON, D. The experience of pregnancy and childbirth overshadowed by obstetric violence and structural barriers of the Israeli health system from the perspective of Arab and Jewish women. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 33, n. 7, p. 647-659, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497323231173814>.

ANNBORN, A.; FINNBOGADÓTTIR, H. R. Obstetric violence: a qualitative interview study. **Midwifery**, [s.l.], v. 105, 103212, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 133, p. 547–565, 2018.

AZZAM, O. A. *et al.* Obstetric violence among pregnant Jordanian women: an observational study between the private and public hospitals in Jordan. **Healthcare**, [s.l.], v. 11, n. 5, 654, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11050654>.

BARATA, C. “Mix of races, bad uterus”: obstetric violence in the experiences of Afro-Brazilian migrants in Portugal. **Societies**, [s.l.], v. 12, n. 3, 78, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/soc12030078>.

BELO HORIZONTE. Lei nº 11.609, de 11 de novembro de 2023. **Dispõe sobre a promoção da dignidade da gestante, da parturiente e da puérpera e sobre o enfrentamento da violência obstétrica no Município**. Câmara Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/11609/202>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P. Towards respectful maternity care: a global call to action. **BMJ Global Health**, v. 8, n. 1, e009123, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009123>.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; HUNGER, P.; PUGLIESI, L.; BETRON, M. L.; TUNÇALP, Ö. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750–1763, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0).

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; TUNÇALP, Ö.; HUNGER, P.; PUGLIESI, L.; BETRON, M. L. Mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 6, e1003646, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003646>.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, [s.l.], v. 27, p. 485–501, 2020.

BRASIL. **Debatedores dizem que mulheres negras e pobres são as maiores vítimas de violência obstétrica**. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2023a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/954260-debatedores-dizem-que-mulheres-negras-e-pobres-sao-maiores-vitimas-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. **Amplia o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: manual técnico. Brasília, 2011.

BRASIL. Projeto de Lei nº 422/2023, de 9 de fevereiro de 2023. **Dispõe sobre a violência obstétrica e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2023c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=234830>. Acesso em: 21 mar. 2025.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2020.

CASTRO, A.; SAVAGE, V.; KAUFMAN, H. Assessing mistreatment of women during childbirth: a global review of measurement tools and approaches. **BMJ Global Health**, v. 6, e004749, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004749>.

CASTRO, M. C.; RATES, S. S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. **Interdisciplinaria**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 209-223, 2021. DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **OMS apoia designar 2020 o ano das enfermeiras obstétricas e parteiras**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/oms-apoia-designar-2020-o-ano-das-enfermeiras-obstetricas-e-parteiras/>. Acesso em: 3 abr. 2025.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, [s.l.], v. 43, n. 6, p. 1241–1299, 1991.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care facilities. **The Lancet**, [s.l.], v. 359, n. 9318, p. 1681–1685,

2002.

DAMASCENO, A. L. S.; ARRUDA, A. G.; BARBOSA, E. S.; FERNANDES, H. M. A. Iniquidades interseccionais no atendimento obstétrico às mulheres negras de comunidade quilombola. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 10, n. 2, e34948, p. 1-19, 2024.

DANTAS, H. L. de L.; COSTA, C. R. B.; COSTA, L. de M. C.; LÚCIO, I. M. L.; COMASSETTO, I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Científica de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 37, p. 334–345, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.334-345.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Violência obstétrica como questão de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 599–602, 2017.

DOIS, Angelina; BRAVO, Paulina; URIBE, Claudia; MARTÍNEZ, Alejandra. Women's involvement in medical decision-making during pregnancy and childbirth. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, [s.l.], v. 68, n. 3, p. 1-6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2430>.

DOWNE, S.; FINCHER, R.; TAYLOR, M.; HINTON, L.; SMITH, H.; KINGDON, C.; COULTON, R.; TREDER, J.; BYROM, S.; TOLHURST, R. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. **PLOS One**, v. 17, n. 5, e0267422, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267422>.

FERREIRA, M. S.; GONÇALVES, E. “Parirás com dor”: a violência obstétrica revisitada. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 23, 2020. DOI: 10.5216/sec.v23.60230. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/60230>. Acesso em: 21 set. 2025.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação em saúde e cuidado. **Interface**, [s.l.], v. 25, supl. 1, e210165, 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FORS, M. *et al.* Unveiling the intersection: exploring obstetric violence in the era of COVID-19 in Ecuador. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 23, n. 2554, p. 1-13, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17300-4>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FPABRAMO. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto**: na hora de fazer não gritou. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

GLEASON, E. G.; BERRÍO, D. P. M.; RÍOS, J. M. L.; MERINO, M. M. M. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia

obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. **Salud Colectiva**, [s./], v. 17, e3727, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>.

JOLIVET, R. R.; BAINBRIDGE, K.; MCLACHLAN, H.; FOGG, L.; KNOX, M.; RAWSON, T.; CLARK, L.; TADROS, L.; GOLDENBERG, R. L.; MALATA, A. Quality maternal and newborn care: a rights-based framework for improving care for women and babies. **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 5, p. e620–e632, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00028-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00028-9).

KEEDLE, H.; KEEDLE, W.; DAHLEN, H. G. Dehumanized, violated, and powerless: an Australian survey of women's experiences of obstetric violence in the past 5 years. **Violence Against Women**, [s./], v. 30, n. 9, p. 2320-2344, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>.

LEAL, M. C.; *et al.* Intervenções desnecessárias no parto: resultados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s./], v. 30, p. S1–S31, 2014.

LEITE, Maria Clara Pereira; MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; MENDES, Priscila Aguiar. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte mato-grossense. **Brazilian Journal of Development**, [s./], v. 6, n. 10, p. 77230–77249, 2020.

MARCOS-GARCÉS, P. M.; MORAN-RUIZ, S. M.; SANTOS-ROSALES, Y. R.; CORREA-LÓPEZ, M. Y. Perception and experience of obstetric violence in postpartum women at a public hospital in Peru: a mixed study. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, [s./], v. 42, n. 1, p. 54–62, 2025. DOI: [10.17843/rpmesp.2025.421.14281](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.14281).

MARTINS, Reny Bastos *et al.* Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s./], v. 30, p. 68–76, 2022.

MASOI, T. J.; MSELLE, L. T.; KIBUSI, S. M.; SIRILLI, N. “Being treated like an infant who doesn’t know anything”: obstetric violence from perspectives of women, health care providers and key community informants in Central Zone, Tanzania: a qualitative exploratory case study. **SAGE Open Nursing**, [s./], v. 11, p. 1–12, 2025. DOI: [10.1177/23779608251361015](https://doi.org/10.1177/23779608251361015).

MATOS, M. G. de; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s./], v. 41, p. e219616, 2021.

MATTEI, G. N.; LANZONI, G. M. M.; HIGASHI, G. D. C.; SCHAPKO, T. R.; BAGGIO, M. A. Childbirth care by health professionals: conflicting practices in obstetrics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s./], v. 77, n. 6, e20230129, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0129pt>.

MAYRA, K.; MATTHEWS, Z.; SANDALL, J.; PADMADAS, S. S. “I have to listen to them or they might harm me” and other narratives of why women endure obstetric violence in Bihar, India. **Birth**, [s./], v. 51, p. 1-19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12828>.

MAYRA, K.; SANDALL, J.; MATTHEWS, Z.; PADMADAS, S. S. Breaking the silence about obstetric violence: body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 22, n. 318, p. 1-19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04503-7>.

MELO, B. L. P. L. *et al.* Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 13, n. 1, e1536, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1536>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Parto Normal**. Brasília, 2017.

MOLLA, W.; WUDNEH, A.; TILAHUN, R. Obstetric violence and associated factors among women during facility-based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 22, n. 565, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04895-6>.

MOURA DE MEDEIROS, R. C. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 9, n. 4, 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>. Acesso em: 19 mar. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO guidance on respectful maternity care**. Geneva: WHO, 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018.

ONU. NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Estudo da OMS revela que número de cesarianas aumenta, mas desigualdade no acesso persiste**. Brasília: ONU Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>. Acesso em: 3 abr. 2025.

RUSU, M. H.; NOGUEIRA, C.; TOPA, J. B. Obstetric violence: reproductive and sexual health trajectories of racialised Brazilian women in Portugal. **Social Sciences**, [s.l.], v. 14, n. 2, 109, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci14020109>.

SADLER, M.; AQUINO, F.; BENAVENTE, J.; DE MELLO, M.; LEÓN, G.; CLAPTON, F.; DÍAZ, X.; ROJAS, G. Obstetric violence as structural violence: implications for policy and practice. **Health and Human Rights Journal**, v. 24, n. 1, p. 195–210, 2022.

SADLER, M.; ROJAS, G.; AQUINO, F.; BENAVENTE, J.; LEÓN, G.; DE MELLO, M.; CLAPTON, F.; DÍAZ, X. Moving beyond disrespect and abuse: addressing structural violence in maternity care. **Reproductive Health Matters**, v. 28, n. 2, p. 1–12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/09688080.2020.1779471>.

SIMENEH, G. T. *et al.* Obstetric violence and associated factors among women who gave birth at public hospitals in Addis Ababa city administration, Ethiopia. **Frontiers**

in **Global Women's Health**, [s.l.], v. 5, 1417676, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1417676>.

SOARES, Isadora Silva *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre violência obstétrica. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 13, n. 8, p. e10313846559–e10313846559, 2024.

TAYE, A.; BELACHEW, T. Effectiveness of person-centered intervention on obstetric violence during facility-based childbirth among women who delivered in public hospitals in Southwest Ethiopia. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 13, 1510430, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1510430>.

TEIXEIRA, P. C.; ANTUNES, L. S.; DUAMARDE, L. T. L.; VELLOSO, V.; FARIA, G. P. G.; OLIVEIRA, T. S. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Revista Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 261, p. 3607-3615, 2020.

VACAFLO, C. H. Obstetric violence: a human rights-based approach to the mistreatment of women during childbirth. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 28, n. 1, 1747382, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1747382>.

WAHDAN, Yasmeen; ABU-RMEILEH, Niveen M. E. The association between labor companionship and obstetric violence during childbirth in health facilities in five facilities in the occupied Palestinian territory. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 23, n. 566, p. 1-8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05811-2>.

WESTERGÅRD, J.; KYLMÄ, J.; PAAVILAINEN, E. Obstetric violence in Finland: analyzing the actions of healthcare staff in birthing narratives. **Midwifery**, [s.l.], v. 148, 104498, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104498>.

YALLEY, A. A. *et al.* Abuse and humiliation in the delivery room: prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 11, 988961, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961>.