REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: PREVALÊNCIA, TIPOS E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES AFETADAS - UMA REVISÃO INTEGRATIVA

OBSTETRIC VIOLENCE IN CHILDBIRTH CARE: PREVALENCE, TYPES, AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF AFFECTED WOMEN - AN INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 20/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794928713

Andrielle Luisa Vicente Ferreira[1]

Giovanna de Carvalho Oliveira Alberice[2]

Giulia Breciani[3]

Jenifer Aparecida Resende da Silva[4]

Elaine Cristina Faria[5]

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que sintetizou as evidências sobre a prevalência dos diferentes tipos de violência obstétrica (VO) e as características sociodemográficas das mulheres mais expostas durante a assistência ao parto. A busca ocorreu nas bases PubMed, Web of Science, SciELO, LILACS e BDENF, com artigos de 2021 a 2026 em português, inglês e espanhol, e a seleção foi feita por quatro revisoras independentes no Rayyan. De 461 registros identificados, 12 estudos compuseram a amostra, sendo 11 transversais ou descritivos (nível de evidência VI) e uma coorte (nível IV). As prevalências variaram de 13,9% a 97,4%, e os tipos mais frequentes foram procedimentos sem consentimento, toques vaginais repetidos, episiotomia, uso de ocitocina, negligência e falta de privacidade. Não houve perfil sociodemográfico único: idade, escolaridade, raça/cor, paridade e tipo de serviço apresentaram associações distintas entre os contextos. Observou-se ainda a distância entre as práticas realizadas e o reconhecimento delas como violência pelas mulheres. Conclui-se que a variação entre as prevalências decorre, em parte, das definições e dos instrumentos adotados, e que a prevenção exige qualificação das equipes, políticas públicas e educação das mulheres sobre seus direitos.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Assistência ao Parto; Prevalência; Perfil Sociodemográfico; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This is an integrative review that synthesized evidence on the prevalence of different types of obstetric violence (OV) and the sociodemographic characteristics of women most exposed to it during childbirth care. The search was conducted in the PubMed, Web of Science, SciELO, LILACS, and BDENF databases, covering articles published from 2021 to 2026 in Portuguese, English, and

Spanish, and selection was performed by four independent reviewers using Rayyan. Of the 461 records identified, 12 studies comprised the sample, of which 11 were cross-sectional or descriptive (level of evidence VI) and one was a cohort study (level of evidence IV). Prevalence rates ranged from 13.9% to 97.4%, and the most frequent types were procedures performed without consent, repeated vaginal examinations, episiotomy, use of oxytocin, neglect, and lack of privacy. No single sociodemographic profile emerged: age, education level, race/ethnicity, parity, and type of healthcare service showed distinct associations across contexts. A gap was also observed between the practices performed and women's recognition of them as violence. It is concluded that the variation in prevalence rates stems, in part, from the definitions and instruments adopted, and that prevention requires professional development of healthcare teams, public policies, and education of women about their rights.
Keywords: Obstetric Violence; Childbirth Care; Prevalence; Sociodemographic Profile; Women's Health.

1. INTRODUÇÃO

Toda mulher tem direito a uma assistência digna e respeitosa durante o trabalho de parto e o nascimento. Entretanto, a presença de profissionais de saúde e a realização do parto em instituições não garantem, por si só, um atendimento humanizado, uma vez que muitas mulheres ainda vivenciam situações de negligência, abuso e desrespeito nesse período. Diante desse cenário, é importante reconhecer e compreender as diferentes formas de maus-tratos que podem ocorrer durante a assistência obstétrica. (Bohren *et al.*, 2015)

A violência obstétrica (VO) pode se manifestar de diferentes formas durante a assistência à gestação, ao trabalho de parto e ao nascimento, comprometendo o respeito, a autonomia e os direitos das mulheres. Embora ainda não exista uma definição universalmente padronizada para o termo, essas situações envolvem práticas que desconsideram as necessidades, a dignidade e a capacidade de decisão da mulher. Entre os exemplos estão a realização de procedimentos sem consentimento, as agressões físicas e verbais, as humilhações, a discriminação, a exposição indevida da intimidade e a ausência de informações necessárias para a tomada de decisões. Também podem ocorrer falhas na assistência, negligência diante de complicações, restrições ao acesso aos cuidados de saúde e outras condutas que coloquem em risco o bem-estar materno e neonatal. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde destacou a ocorrência de desrespeito e abusos durante o parto nas instituições de saúde, reforçando a importância de uma assistência que preserve a dignidade, a segurança e os direitos das mulheres. (Organização Mundial da Saúde, 2014; Dagnaw *et al.*, 2026; Martínez-Galiano *et al.*, 2021).

Estudo recente indica que a violência obstétrica está associada a consequências severas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão pós-parto, dificuldades na amamentação e até mesmo ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal (Martínez-Vázquez *et al.*, 2021). No contexto brasileiro, a produção sobre a epidemiologia da VO é crescente, mas ainda marcada pela diversidade de definições e de instrumentos de medida (Leite *et al.*, 2024). Para a Enfermagem, que acompanha a mulher no pré-natal, no parto e no puerpério, reconhecer essas práticas é condição para qualificar o cuidado e promover a assistência respeitosa.

Apesar da crescente produção científica sobre o tema, persistem lacunas quanto à prevalência das diferentes manifestações da violência obstétrica e às características sociodemográficas das mulheres mais expostas a essas práticas. A diversidade de terminologias utilizadas na literatura, como “violência obstétrica”, “maus-tratos” e “desrespeito e abuso”, associada às diferenças metodológicas entre os estudos, dificulta a comparação dos resultados e a construção de um panorama abrangente sobre o fenômeno (Leite *et al.*, 2024) Dessa forma, ainda é importante reunir e analisar as evidências disponíveis para compreender as variações nas prevalências identificadas, reconhecer os grupos populacionais mais vulneráveis e investigar diferenças entre os contextos geográficos e os sistemas de saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre a prevalência dos diferentes tipos de violência obstétrica e as características sociodemográficas das mulheres mais expostas a essas práticas durante a assistência ao parto.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método que permite reunir e sintetizar resultados de estudos com diferentes desenhos metodológicos, possibilitando uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado e sua aplicação na prática baseada em evidências (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Inicialmente, foi definido o tema e elaborada a questão de pesquisa. Em seguida, foram estabelecidos os critérios de seleção dos estudos e realizada a busca na literatura. As etapas seguintes envolveram a organização e a análise das informações encontradas, a avaliação dos estudos

selecionados, a interpretação dos resultados e, por fim, a elaboração da síntese do conhecimento sobre o tema conforme as orientações do Conselho Federal de Enfermagem (2016).

A questão norteadora foi elaborada a partir da estratégia CoCoPop (Condição, Contexto e População), com o objetivo de delimitar os componentes centrais da investigação. A condição correspondeu às violências obstétricas (física, verbal, psicológica, sexual, institucional, negligência e procedimentos sem consentimento); o contexto correspondeu à assistência ao trabalho de parto em instituições de saúde públicas ou privadas; e a população correspondeu às mulheres atendidas no parto, com foco na prevalência e nas características sociodemográficas das afetadas, descritos na Tabela 1. Com base nesses elementos, definiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Qual é a prevalência dos diferentes tipos de violência obstétrica e quais características sociodemográficas estão associadas à sua ocorrência entre mulheres durante a assistência ao parto?”.

Tabela 1. Elaboração da questão de pesquisa segundo a estratégia CoCoPop.

Elemento	Descritor controlado (DeCS/MeSH)	Termos alternativos
Co – Condição	Violência contra a Mulher (Violence Against Women); Violência (Violence)	Violência obstétrica (Obstetric Violence); desrespeito e abuso (Disrespect and Abuse); maus-tratos (Mistreatment); abuso durante o parto; violência institucional; negligência obstétrica
Co – Contexto	Parto Obstétrico (Delivery, Obstetric);	Assistência ao parto; assistência obstétrica; cuidado durante o

	Parturição (Parturition); Trabalho de Parto (Labor, Obstetric)	parto; período intraparto
Pop – População	Mulheres (Women); Gestantes (Pregnant Women)	Mulher grávida; mulheres em trabalho de parto; parturientes

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A escolha dessas bases de dados levou em consideração a disponibilidade de artigos para acesso on-line, a possibilidade de utilizar operadores booleanos nas estratégias de busca, a atualização do conteúdo e a credibilidade das fontes científicas. Para encontrar os estudos relacionados ao tema, foram utilizados descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), associados a palavras-chave relacionadas à violência obstétrica; à assistência ao parto; à prevalência e às características sociodemográficas; As estratégias de busca foram elaboradas conforme as particularidades de cada base; mediante o emprego dos operadores booleanos AND e OR apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Estratégias de busca de acordo com as fontes de informação selecionadas.

Fonte	Estratégia de busca	Registros
PubMed	(("Obstetric Violence" OR "Violence Against Women") AND ("Parturition" OR "Delivery, Obstetric" OR "Labor, Obstetric" OR	93

	"Obstetrics") AND ("Healthcare Disparities" OR "Socioeconomic Factors" OR "Women's Health"))	
Web of Science	(("Obstetric Violence" OR "Violence Against Women")) AND (("Parturition" OR "Obstetric Delivery" OR "Labor" OR "Obstetrics")) AND (("Healthcare Disparities" OR "Socioeconomic Factors" OR "Women's Health"))	79
LILACS	(("Violência Obstétrica" OR "Violência contra a Mulher") AND ("Parto" OR "Trabalho de Parto") AND ("Disparidades em Assistência à Saúde" OR "Fatores Socioeconômicos" OR "Saúde da Mulher"))	73
SciELO	(("Violência Obstétrica" OR "Obstetric Violence") AND (Parto OR "Trabalho de Parto") AND ("Fatores de Risco"))	109
BDENF	(("Violência Obstétrica" OR "Violência contra a Mulher") AND ("Parto" OR "Trabalho de Parto") AND ("Disparidades em Assistência à Saúde" OR "Fatores Socioeconômicos" OR "Saúde da Mulher"))	107

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

Foram incluídos artigos publicados de 2021 a 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão, foram considerados artigos incompletos, estudos cujo acesso exigia pagamento, pesquisas ainda em fase de planejamento ou sem resultados disponíveis (tabela 3).

Tabela 3. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão

Estudos primários, quantitativos, que estimem a prevalência de violência obstétrica ou de seus tipos;	Artigos incompletos ou cujo acesso exigisse pagamento;
que descrevam as características sociodemográficas das mulheres ou os fatores associados à VO;	pesquisas em fase de planejamento ou sem resultados disponíveis;
realizados com mulheres atendidas no parto em serviços de saúde públicos ou privados;	estudos incompatíveis com a pergunta norteadora ou sem dados sobre a ocorrência da VO e as características sociodemográficas;
publicados de 2021 a 2026, em português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível.	estudos com delineamento incompatível com os critérios de inclusão ou com fontes de dados e contextos incompatíveis com os objetivos da revisão.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

Após a execução das buscas, todas as referências identificadas foram importadas para o aplicativo Rayyan, onde foram detectadas e eliminadas as duplicatas. A plataforma também foi empregada para estruturar e facilitar o processo de seleção, permitindo que as revisoras realizassem suas avaliações de forma independente e documentaram os critérios utilizados nas exclusões (Ouzzani *et al.*, 2016).

A triagem foi conduzida por quatro revisoras, de modo autônomo e sem acesso às decisões umas das outras. Primeiramente, foram examinados os títulos e resumos dos estudos localizados, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Posteriormente, os textos completos dos

estudos potencialmente elegíveis foram avaliados para definição da amostra final da revisão.

Foram identificados 461 registros. Após a remoção de 152 duplicatas, permaneceram 309 publicações para a triagem por títulos e resumos, das quais 250 foram excluídas por não atenderem ao tema da revisão. Assim, 59 registros seguiram para a etapa de avaliação dos textos completos.

Na avaliação de elegibilidade, foram excluídos 47 estudos que não atendiam aos critérios estabelecidos. Entre os motivos de exclusão, 15 estudos apresentavam incompatibilidade com a pergunta norteadora e os objetivos da revisão; 8 não continham dados específicos sobre a ocorrência da violência obstétrica e as características sociodemográficas das mulheres acometidas; 12 apresentavam inadequação metodológica ou tipo de estudo incompatível com os critérios de inclusão; 3 não disponibilizavam o texto completo para avaliação; e 9 abordavam fontes de dados ou contextos de investigação incompatíveis com os objetivos da revisão. Ao final do processo de seleção, 12 estudos atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra final da revisão integrativa. As etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos foram organizadas conforme o fluxograma PRISMA 2020, apresentado na Figura 1.

Após a seleção, os dados foram organizados em instrumento estruturado, baseado em Ursi; Galvão (2006), com informações sobre a publicação, o delineamento, os tipos de VO identificados, as prevalências e as características sociodemográficas das mulheres. Os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência pela hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt (2019): I – revisões

sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados; II – ensaios clínicos randomizados; III – ensaios clínicos controlados sem randomização; IV – estudos de coorte ou caso-controle; V – revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; VI – estudos descritivos, transversais ou qualitativos; VII – opiniões de especialistas ou relatórios de comitês. Essa hierarquia foi concebida para questões de intervenção; aqui, serve para descrever o delineamento dos estudos, e não para julgar sua qualidade metodológica. A análise foi descritiva e comparativa, com síntese em três categorias: (1) prevalência e tipos de violência obstétrica; (2) perfil sociodemográfico e fatores associados; (3) percepção das mulheres e práticas assistenciais. Os achados foram discutidos com base na literatura sobre violência de gênero, direitos reprodutivos e humanização do parto.

O protocolo deste trabalho foi depositado na plataforma Figshare (DOI 10.6084/m9.figshare.33440005).

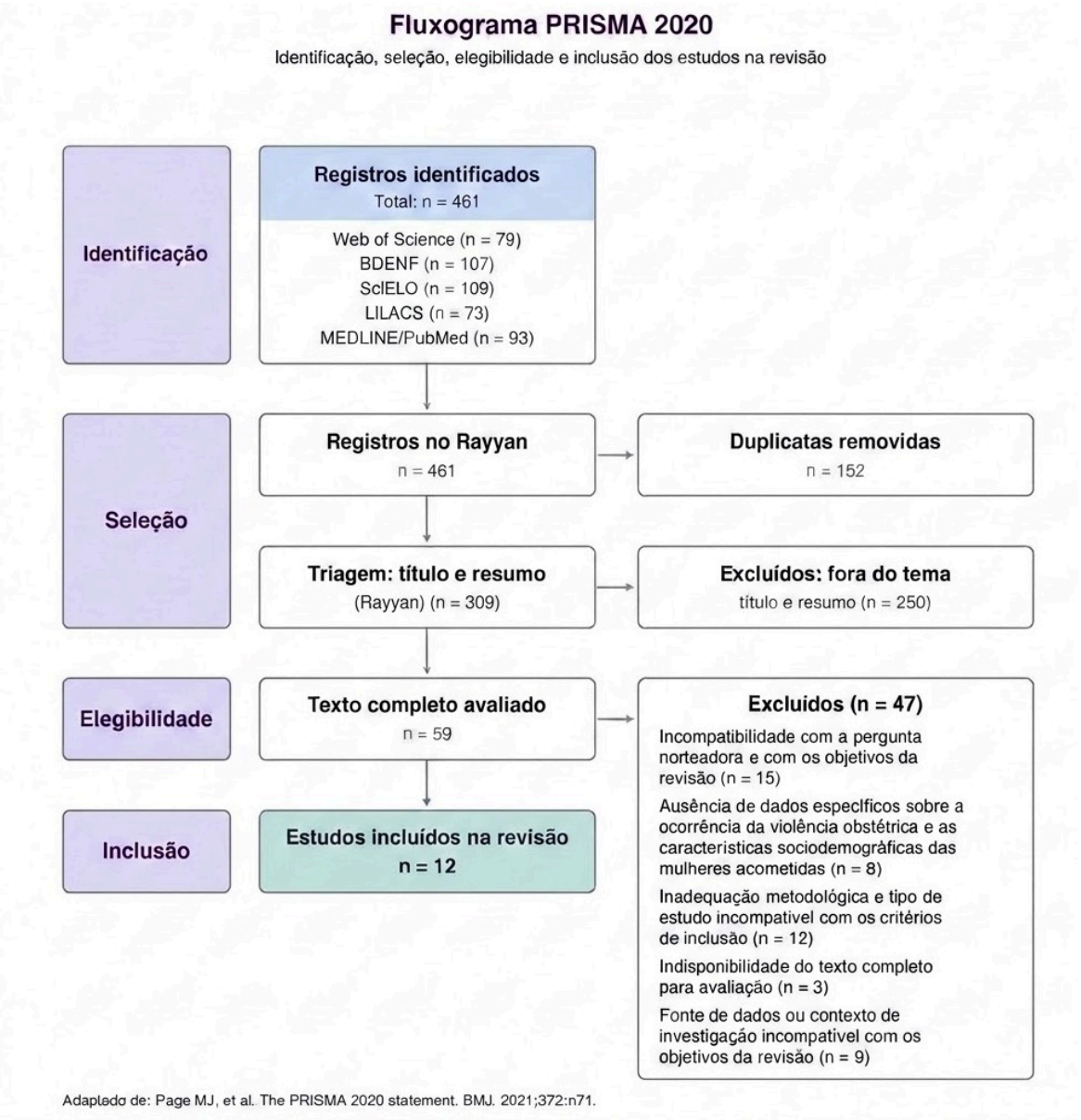
3. RESULTADOS

3.1. Seleção dos Estudos

Foram identificados 461 registros (PubMed, 93; Web of Science, 79; LILACS, 73; SciELO, 109; BDENF, 107). Após a remoção de 152 duplicatas, 309 registros foram triados por título e resumo, e 250 foram excluídos por fugirem ao tema. Os 59 textos completos avaliados deram origem a 47 exclusões: 15 por incompatibilidade com a pergunta norteadora e os objetivos; 8 por ausência de dados sobre a ocorrência da VO e as características sociodemográficas; 12 por inadequação metodológica ou tipo de estudo incompatível; 3 por indisponibilidade do texto completo; e 9 por fontes de dados ou

contextos incompatíveis com os objetivos. Foram incluídos 12 estudos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos na revisão integrativa, conforme o PRISMA 2020.



Fonte: elaborado pelas autoras (2026), adaptado de Page *et al.* (2021).

3.2. Caracterização dos Estudos

Os 12 estudos foram publicados entre 2021 e 2026 (2021 e 2022, um cada; 2023, três; 2024, quatro; 2025, dois; 2026, um). Quatro foram realizados no Brasil (Rio Grande, Rio de Janeiro, Porto Alegre e

Maranhão), dois no Chile, dois na Etiópia (Gondar e Addis Abeba) e um em cada um destes países: Jordânia, México, Irã e Gana. Onze estudos são transversais ou descritivos e foram classificados no nível de evidência VI; um é uma coorte perinatal de base hospitalar (Leite *et al.*, 2025), classificada no nível IV (tabela 4). Um dos estudos teve como objetivo a validação de uma escala de VO (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2021).

Tabela 4. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nº	Autores (ano)	Local	Delineamento	Principais resultados (prevalência e fatores associados)	Nível
1	Cárdenas Castro; Salinero Rates (2021)	Chile	Transversal (validação de escala)	58,9% reconheceram ter vivenciado VO.	VI

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/violencia-obstetrica-na-assistencia-ao-parto-prevalencia-tipos-e-perfil-sociodemografico-das-mulheres-afetadas-uma-revisao-integrativa?noblockage

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

3.3. Síntese por Categorias

Categoria 1 – Prevalência e tipos de violência obstétrica. As prevalências variaram de 13,9% a 97,4%: 97,4% em Caxias (MA), 79,3% e 58,9% no Chile, 77,8% em Addis Abeba e 27,3% em Gondar (Etiópia),

68,3% no Irã, 65,3% em Gana e 13,9% de atendimento inadequado percebido no México. Os tipos mais descritos foram procedimentos sem consentimento, toques vaginais repetidos, episiotomia, uso de ocitocina, amniotomia, negligência, falta de privacidade e abuso físico. No Rio de Janeiro, os toques vaginais inadequados foram a manifestação mais frequente (46,2%), seguidos de negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%) (Leite *et al.*, 2025). Em Rio Grande, destacaram-se o toque vaginal (68,3%), a episiotomia (41,3%), o uso de medicamentos (33,8%), a amniotomia (30,2%) e a manobra de Kristeller (23,1%) (Branco; Meucci; Paludo, 2024). Em Porto Alegre, a manobra de Kristeller foi mais frequente na maternidade privada (25,7%) do que na pública (8,2%) (Paiz *et al.*, 2024).

Categoria 2 – Perfil sociodemográfico e fatores associados. Quanto à idade, a maior ocorrência foi entre mulheres mais jovens no Chile (18 a 29 anos), no Maranhão (20 a 29 anos) e em Porto Alegre (menos de 35 anos); adolescentes tiveram maior probabilidade de abuso físico em Gana e maior percepção de maus-tratos no México; no Rio de Janeiro, a ocorrência foi maior entre adolescentes e mulheres com mais de 35 anos; em Gondar, entre mulheres com 30 anos ou mais. No Rio Grande, 67,2% das parturientes de 12 a 17 anos relataram práticas de maior gravidade. Menor escolaridade associou-se à VO no Rio de Janeiro e em Gondar; maior escolaridade, em Rio Grande, onde as práticas mais graves também predominaram entre mulheres atendidas no setor privado (72,9%). A escolaridade materna também esteve entre os fatores associados em Addis Abeba. A ausência de emprego remunerado e a assistência financiada pelo governo foram associadas à VO no Rio de Janeiro. Quanto à raça/cor, a maior ocorrência foi entre pardas ou negras em Porto Alegre e pardas no Maranhão, e não houve diferença significativa segundo a cor da pele

em Rio Grande. A multiparidade associou-se à VO na Etiópia, e à primiparidade, no Rio de Janeiro e no Rio Grande. No Chile, mulheres bissexuais relataram mais VO; no Irã, as mulheres turcas tiveram menor chance de VO do que as persas.

Categoria 3 – Percepção das mulheres e práticas assistenciais. Em Rio Grande, 50,9% das mulheres relataram práticas classificadas como mais graves, mas apenas 2,6% se reconhecem como vítimas de VO (Branco; Meucci; Paludo, 2024). Em Porto Alegre, 12,5% relataram desrespeito, maus-tratos ou humilhação, apesar da elevada frequência de intervenções não recomendadas (Paiz *et al.*, 2024). No México, 13,9% receberam atendimento inadequado (Núñez-Aguirre *et al.*, 2023), e, no Chile, 58,9% reconheceram ter vivenciado VO, com alta frequência de práticas como depilação genital e restrição de alimentos (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2021).

4. DISCUSSÃO

Os estudos analisados evidenciam que a violência obstétrica (VO) permanece como uma problemática relevante na assistência à saúde materna, sendo identificada em diferentes contextos geográficos, sistemas de saúde e modalidades de atendimento. As prevalências variam de forma expressiva: em Caxias (MA), 97,4% das mulheres relataram ao menos uma forma de desrespeito e abuso (Conceição; Madeiro, 2024) ; no Chile, 79,3% (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022); em Addis Abeba, na Etiópia, 77,8% (Simeneh *et al.*, 2024); no Irã, 68,3% (Dolatabadi *et al.,* 2025); e tanto no estado do Rio de Janeiro quanto em Gana, 65,3% (Leite *et al.*, 2025; Yalley *et al.*, 2023). Em contrapartida, em Gondar, também na Etiópia, a prevalência foi de 27,3% (Dagnaw *et al.,* 2026) e, em um hospital

público de Ciudad Juárez, no México, apenas 13,9% das participantes perceberam algum tipo de atendimento obstétrico inadequado (Núñez-Aguirre *et al.*, 2023). Essa discrepância pode estar relacionada às diferenças nos critérios de identificação, nas definições adotadas, nos instrumentos e nos delineamentos, e não indica, necessariamente, menor ocorrência de VO. No Chile, por exemplo, a prevalência foi de 79,3% em uma amostra nacional online e não probabilística (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022) e de 58,9% em uma amostra de 367 mulheres da região de Valparaíso (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2021). A diversidade metodológica, que inclui desde escalas validadas para populações específicas (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2021) até instrumentos centrados na percepção das mulheres ou nas práticas assistenciais (Núñez-Aguirre *et al.*, 2023; Paiz *et al.*, 2024), dificulta a comparação dos resultados e reforça a importância de critérios mais uniformes de identificação e mensuração (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2021;Paiz *et al.*, 2024).

Essa variação também se explica pela diferença entre investigar a percepção da mulher sobre ter sofrido violência e identificar práticas assistenciais que podem caracterizá-la. Alguns estudos demonstraram discrepância entre a frequência dessas práticas e o reconhecimento da experiência pelas próprias mulheres. No município de Rio Grande, 50,9% das participantes relataram práticas classificadas como mais graves, mas apenas 2,6% se reconheceram como vítimas de VO (Branco; Meucci; Paludo, 2024). Em Porto Alegre, somente 12,5% relataram desrespeito, maus-tratos ou humilhação, apesar da elevada frequência de intervenções não recomendadas durante o parto (Paiz *et al.,* 2024). Em Ciudad Juárez, onde se avaliou apenas a percepção, a frequência encontrada foi inferior à de estudos semelhantes e à da pesquisa nacional

mexicana, segundo os próprios autores (Núñez-Aguirre *et al.*, 2023) . Em conjunto, esses achados sugerem que determinadas condutas estão naturalizadas no cotidiano dos serviços de saúde, o que dificulta seu reconhecimento pelas parturientes como violações de direitos.

Quanto às formas de manifestação, os estudos apontam que a VO se expressa por intervenções físicas, abuso psicológico, negligência, discriminação, violação da privacidade e ausência de consentimento informado. Parte das investigações destacou falhas na relação entre profissional e mulher. No estado do Rio de Janeiro, os toques vaginais inadequados foram as manifestações mais frequentes (46,2%), seguidos pela negligência (31,5%) e pelo abuso psicológico (21,7%) (Leite et al., 2025). Em Gana, destacaram-se o atendimento sem confidencialidade (35,8%), o abandono da assistência (33,4%), o tratamento sem dignidade (28,5%) e o abuso físico (27,4%) (Yalley *et al.*, 2023). Outros estudos enfatizaram intervenções realizadas durante o parto. Em Rio Grande, predominaram os exames de toque vaginal (68,3%), a episiotomia (41,3%), o uso de medicamentos (33,8%), a amniotomia (30,2%) e a manobra de Kristeller (23,1%) (Branco; Meucci; Paludo, 2024). Em Porto Alegre, foram frequentes o uso de ocitocina (56%), a amniotomia (48,5%), a episiotomia (37,1%) e a manobra de Kristeller (11,3%) (Paiz *et al.,* 2024). Embora esses procedimentos possam ter indicações clínicas específicas, sua realização rotineira, sem informação adequada e sem o consentimento da parturiente, pode violar sua autonomia e os princípios da assistência humanizada. Assim, a VO não se limita a comportamentos explicitamente agressivos: ela pode estar incorporada às próprias práticas assistenciais, o que evidencia a permanência de um modelo excessivamente intervencionista, no qual as decisões profissionais se sobrepõem às necessidades e

escolhas das mulheres (Leite *et al.*, 2025; Núñez-Aguirre *et al.,* 2023; Paiz *et al.,* 2024; Branco; Meucci; Paludo, 2024).

Outro aspecto relevante é a influência da organização dos serviços de saúde. Estudos comparativos identificaram maior frequência de VO em serviços públicos (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022; Leite *et al.*, 2025; Azzam *et al.,* 2023). No Chile, 86,5% das mulheres atendidas em hospitais públicos relataram VO, contra 72,4% nas clínicas privadas (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022). Na Jordânia, as mulheres atendidas em hospitais públicos tiveram maior exposição ao abuso físico por profissionais, e a internação em quartos compartilhados esteve associada a maior ocorrência de VO e de abuso físico (Azzam *et al.*, 2023). No Brasil, a ocorrência de diferentes manifestações foi maior entre mulheres cujo parto foi financiado pelo sistema público, o que aponta a influência das condições socioeconômicas na distribuição dessas experiências (Leite *et al.*, 2025). Os estudos conduzidos exclusivamente em hospitais públicos, na Etiópia, em Gana e no México (Simeneh *et al.,* 2024; Yalley *et al.,* 2023; Dagnaw *et al.,* 2026; Núñez-Aguirre *et al.,* 2023), não permitem comparação entre setores, mas confirmam a presença do fenômeno nesses espaços. Por outro lado, a VO não se restringe ao setor público: investigações que incluíram serviços públicos e privados identificaram intervenções não recomendadas e situações de desrespeito em ambos os contextos (Leite *et al.*, 2025; Paiz *et al.,* 2024).

As diferenças entre os serviços podem estar relacionadas às condições estruturais e organizacionais, à disponibilidade de recursos, ao número de profissionais envolvidos na assistência e à qualidade das relações estabelecidas com as parturientes. A insuficiência de recursos humanos e materiais, a sobrecarga de

trabalho e a fragilidade da comunicação podem comprometer a qualidade do atendimento e favorecer a negligência, o abandono e a perda de autonomia. A menor frequência de determinadas manifestações nos serviços privados, quando observada, não significa ausência dessas práticas. Em Porto Alegre, a percepção de desrespeito foi numericamente maior na maternidade pública (14,9% × 7,5%), sem diferença significativa, enquanto a manobra de Kristeller foi mais frequente na maternidade privada (25,7% × 8,2%) (Paiz *et al.*, 2024) .

No que diz respeito às características sociodemográficas, não foi identificado um perfil único de mulheres mais vulneráveis, embora alguns grupos aparecem de forma recorrente. Quanto à idade, observa-se uma tendência de maior exposição entre mulheres mais jovens. No Chile, a VO foi mais frequente entre mulheres de 18 a 29 anos (88,1%) (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022).; no México, as de 14 a 19 anos tiveram maior risco de atendimento inadequado (Núñez-Aguirre *et al.*, 2023); em Rio Grande, entre as adolescentes de 12 a 17 anos que relataram alguma prática, 67,2% passaram por práticas de maior gravidade (Branco; Meucci; Paludo, 2024); e, em Gana, as adolescentes tiveram maior probabilidade de abuso físico do que as mais velhas (Yalley *et al.*, 2023). Em contrapartida, no estado do Rio de Janeiro, as maiores prevalências de várias manifestações foram observadas entre mulheres com 35 anos ou mais (Leite *et al.*, 2025) , e em Gondar a idade igual ou superior a 30 anos associou-se a maior chance de VO (Dagnaw *et al.*, 2026). Essa divergência evidencia que a relação entre idade materna e VO não segue um padrão único entre os contextos investigados.

Quanto à paridade, os resultados também divergem. No Brasil, a primiparidade esteve associada a maior ocorrência: no estado do Rio

de Janeiro, as primíparas apresentaram maiores prevalências de abuso físico (4,57% × 2,32%) e de abuso psicológico (26,49% × 18,8%) e acumularam com mais frequência três ou mais tipos de VO (18,77% × 9,39%) (Leite *et al.*, 2025), sendo a primiparidade, a entrada em trabalho de parto e o trabalho de parto prolongado apontados como os principais marcadores, o que os autores relacionam ao despreparo das equipes no acompanhamento e no suporte emocional (Leite et al., 2025); em Rio Grande, entre as primíparas que relataram alguma prática, 69,8% passaram por práticas de maior gravidade, contra 41,4% entre as multíparas (Branco; Meucci; Paludo, 2024). No México, as mulheres com uma única gestação apresentaram maior risco de atendimento inadequado, com frequência de 19%, contra 12% entre as com dois e 10% entre as com três ou mais (Núñez-Aguirre *et al.,* 2023). Em contrapartida, na Etiópia, a multiparidade associou-se à maior chance de VO em Addis Abeba (Simeneh *et al.,* 2024), e ter mais de três partos esteve associado a maior chance em Gondar (Dagnaw *et al.*, 2026). No Irã (Dolatabadi *et al.*, 2025) e em Gana (Yalley *et al.*, 2023), não houve associação significativa com o número de partos ou com o primeiro parto, e em Porto Alegre a paridade foi descrita, mas não analisada em relação aos desfechos (Paiz *et al.*, 2024). Nos estudos etíopes, os autores atribuem o achado à maior familiaridade das multíparas com a assistência e com seus direitos, o que as levaria a reconhecer e relatar mais a violência (Simeneh *et al.*, 2024), ou à menor capacidade de fazer força, que levaria os profissionais a usar linguagem inadequada para estimulá-las (Dagnaw *et al.*, 2026). Assim, a relação entre paridade e VO também varia conforme o contexto e a forma como as mulheres reconhecem e relatam as experiências.

As características étnico-raciais e a orientação sexual foram pouco exploradas. No Chile, mulheres de povos originários (84,1% × 78,4%) e com orientação sexual não heterossexual (88,5% entre as bissexuais e 88,0% entre as de outras orientações, contra 78,4% entre as heterossexuais) relataram mais VO (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022). No estado do Rio de Janeiro, o estigma e a discriminação foram mais prevalentes entre mulheres pretas do que entre brancas (10,95% × 5,61%) (Leite *et al.*, 2025). Em Caxias, a discriminação por raça e religião foi pouco frequente (1,1%) (Conceição; Madeiro, 2024); em Rio Grande, não houve diferença significativa segundo a cor da pele (Branco; Meucci; Paludo, 2024); em Gana, a etnia não se associou à VO (Yalley *et al.*, 2023); e, no Irã, mulheres turcas apresentaram menor chance de VO em comparação às persas (Dolatabadi *et al.*, 2025). Esses achados evidenciam que as características étnico-raciais podem influenciar de formas distintas as experiências de assistência ao parto, embora a escassez de investigações sobre esses aspectos limite a compreensão de sua relação com a VO e reforce a necessidade de considerar as desigualdades e particularidades de diferentes grupos populacionais. A escolaridade e a condição socioeconômica também apresentaram associações com a VO, embora sem um padrão uniforme. No estado do Rio de Janeiro, mulheres com menor escolaridade, sem emprego e beneficiárias de programas governamentais apresentaram maior ocorrência de determinadas manifestações (Leite *et al.,* 2025). Na Jordânia, as mulheres atendidas no setor público tinham menor escolaridade e renda, e os autores apontam esses fatores, juntamente com a ocupação, como de risco para a VO (Azzam *et al.,* 2023). Em contrapartida, em Rio Grande e em Addis Abeba, a maior escolaridade esteve associada à VO (Simeneh et al., 2024; Branco; Meucci; Paludo, 2024), enquanto em Gondar a escolaridade secundária ou superior reduziu a chance de

VO em relação às mulheres sem instrução (Dagnaw *et al.*, 2026). No estudo de Rio Grande, entre as mulheres que relataram alguma prática, as de maior gravidade foram mais frequentes naquelas cujo parto foi financiado pelo setor privado (72,9%, contra 53,1% no setor público), embora esse grupo representasse apenas 5,7% da amostra (Branco; Meucci; Paludo, 2024). Esses resultados demonstram que a relação entre condições socioeconômicas e VO não é linear, podendo envolver tanto desigualdades no acesso e na qualidade da assistência quanto diferenças na percepção e no reconhecimento das práticas inadequadas.

Em síntese, os estudos mostram que a VO é frequente em contextos distintos e atinge mulheres de diferentes perfis, mas sua magnitude varia conforme o instrumento utilizado, o tipo de serviço e o grau de reconhecimento da violência pelas mulheres. Os estudos incluídos têm delineamento predominantemente transversal (nível VI de evidência), o que limita inferências causais, e vários utilizaram amostras de conveniência ou não probabilísticas (Cárdenas Castro; Salinero Rates, 2022; Núñez-Aguirre *et al.,* 2023; Azzam *et al.,* 2023), o que, somado à heterogeneidade de definições e instrumentos, restringe a comparação direta das prevalências. Os achados apontam para a necessidade de qualificar a assistência ao parto, garantir informação e consentimento nos procedimentos e fortalecer políticas públicas orientadas pelos direitos reprodutivos e pela humanização do cuidado.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas sobre a prevalência dos diferentes tipos de violência obstétrica e as características sociodemográficas das mulheres mais expostas

durante a assistência ao parto. A análise dos 12 estudos demonstrou que essas práticas estão presentes em diferentes países e serviços de saúde, mas apresenta frequências variadas influenciadas pelas definições, critérios e instrumentos adotados em cada pesquisa.

Em relação aos achados identificados, destacam-se procedimentos realizados sem consentimento, toques vaginais repetidos, episiotomia, administração de ocitocina, falta de privacidade e negligência. Com essa observação, mostra-se que a ocorrência de práticas associadas à violência nem sempre corresponde ao reconhecimento dessas experiências pelas próprias mulheres, o que sugere a naturalização de determinadas condutas dos serviços. Quanto ao perfil sociodemográfico, os estudos apontaram variações relacionadas à idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, paridade e tipo de serviço. Embora alguns grupos tenham apresentado maior frequência em contexto específico, os resultados indicam que a violência obstétrica pode atingir as mulheres de diferentes características sociais.

Portanto, a prevenção da violência obstétrica exige não apenas a qualificação dos profissionais e a melhoria das práticas assistenciais, mas também o fortalecimento das políticas públicas e das estratégias de conscientização das mulheres sobre seus direitos. Sendo assim, garantir uma assistência humanizada, respeitosa e segura é um compromisso dos serviços de saúde e de todos os profissionais envolvidos no cuidado materno, contribuindo para experiências de parto mais positivas e para a garantia dos direitos das mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZZAM, O. A. *et al*. Obstetric violence among pregnant Jordanian women: an observational study between the private and public hospitals in Jordan. Healthcare, v. 11, n. 5, p. 654, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare11050654.

BOHREN, M. A. *et al*. Maus-tratos a mulheres durante o parto em unidades de saúde em todo o mundo: uma revisão sistemática de métodos mistos. PLOS Medicine, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847.

BRANCO, M. A.; MEUCCI, R. D.; PALUDO, S. S. Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em município do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 32, n. 2, e32020020, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020020.

CÁRDENAS CASTRO, M.; SALINERO RATES, S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Interdisciplinaria, v. 38, n. 2, p. 209-223, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14. Acesso em: 7 nov. 2026.

CÁRDENAS CASTRO, M.; SALINERO RATES, S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 46, e24, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24.

CONCEIÇÃO, H. N. D.; MADEIRO, A. P. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 8, e00008024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT008024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Manual de revisão bibliográfica sistematizada integrativa. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

DAGNAW, M.; INDRACANTI, M.; ARAGE, S. M. Intrapartum obstetric violence and associated factors among women attending delivery care at public health facilities of Gondar City: a cross-sectional study. Health Science Reports, v. 9, n. 8, e72961, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1002/hsr2.72961.

DOLATABADI, Z. *et al.* Disrespect and abuse during childbirth and associated factors among women: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 25, art. 229, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-025-07369-7.

LEITE, T. H. *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, e12222023, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023. Acesso em: 28 ago. 2026.

LEITE, T. H. *et al.* Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 59, n. S1, e6s, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006536. Acesso em: 7 nov. 2026.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. *et al.* The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study. Women and Birth, v. 34, n. 5, p. e526-e536, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002.

MARTINEZ-VÁZQUEZ, S. *et al.* Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. Journal of Personalized Medicine, v. 11, n. 5, p. 338, 2021. Disponível em: https://www.mdpi.com/2075-4426/11/5/338. Acesso em: 28 ago. 2026.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

NÚÑEZ-AGUIRRE, E. A. *et al.* Percepción de atención obstétrica inadecuada a pacientes de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. Ginecología y Obstetricia de México, v. 91, n. 4, p. 256-263, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8418.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto em unidades de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan—a Web and Mobile App for Systematic Reviews. Systematic Reviews, v. 5, n. 1, p. 210, dez. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4. Acesso em: 29 ago. 2026.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, v. 372, art. n71, 2021. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71. Acesso em: 29 ago. 2026.

PAIZ, J. C. *et al.* Violência obstétrica: entre a percepção das mulheres e as práticas de assistência ao parto. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 19, n. 46, art. 3852, 2024. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3852. Acesso em: 7 nov. 2026.

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, v. 5, art. 1417676, 2024.

URSI, V. B.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/. Acesso em: 4 set. 2026.

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, v. 11, art. 988961, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961.

---

[1] Discente do Curso Superior de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), campus Poços de Caldas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), campus Poços de Caldas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso Superior de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), campus Poços de Caldas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), campus Poços de Caldas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Docente do Curso Superior de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), campus Poços de Caldas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail