

VULNERABILIDADE DE MULHERES IMIGRANTES E REFUGIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

VULNERABILITY OF IMMIGRANT AND REFUGEE WOMEN TO OBSTETRIC VIOLENCE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

VULNERABILIDAD DE MUJERES INMIGRANTES Y REFUGIADAS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Cícera Maria da Silva Santos¹
Katellin Catarine de Souza Bastos²
Edson Silva do Nascimento³
Rayssa Noah Cardoso Saraiva de Freitas⁴
Gabriela Mesquita Lopes de Lima⁵
Lyandra Mara de Almeida Felipe⁶
Anna Caroline de Sousa Belo⁷
Ana Maria Martins Pereira⁸
Cindy Ferreira Lima⁹
Maria João Jacinto Guerra¹⁰
Gustavo Gonçalves dos Santos¹¹

^{1,2,11}Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá (UNAERP). Guarujá, São Paulo - SP, Brasil. E-mails: cicera.santos@sou.unaerp.edu.br; katellin.bastos@sou.unaerp.edu.br; ggsantos@unaerp.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0426-7294>; Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2706-6719>; Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1615-7646>

³Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo - SP, Brasil. E-mail: enfedsonnascimento@usp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6343-0401>
^{4,5,6}Faculdade de Odontologia, Farmácia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESSARE). Fortaleza - CE, Brasil. E-mails: rayssanoah@alu.ufc.br; gabrielamesquita35@alu.ufc.br; lyandra.mara2004@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7983-2899>; <https://orcid.org/0009-0004-1303-7395>; <https://orcid.org/0009-0001-6352-2442>

⁷Hospital São Domingos, Rede Américas. São Luís, Maranhão - MA, Brasil. E-mail: annacaroline.enfer@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-9087-8195>

⁸Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESSARE). Fortaleza - CE, Brasil. E-mail: ana.pereira20181@outlook.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2885-3075>

⁹Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais - MG, Brasil. E-mail: cindy.lima@alumni.usp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4578-2224>

¹⁰Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Porto, Portugal. E-mail: mjguerra@esenf.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2510-5955>

Autor correspondente

Gustavo Gonçalves dos Santos
Avenida Dom Pedro I, nº 3.300 - Enseada, Guarujá, São Paulo - SP, Brasil, 11440-003. E-mail: ggsantos@unaerp.br

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica configura-se como um desafio emergente de saúde pública, exigindo intervenções imediatas diante da alta prevalência de casos no país. **Objetivo:** Identificar, a partir da literatura existente, evidências sobre as formas de violência obstétrica, a exposição e ocorrência de mulheres imigrantes e refugiadas. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com busca em Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed via Medical Literature Analysis and Retrieval System, Scopus e Web of Science. Os dados foram organizados em categorias analíticas segundo Bardin: tipos de violência obstétrica relatada, fatores associados, barreiras no acesso aos serviços, experiências subjetivas das mulheres e respostas institucionais. A análise considerou perspectivas de gênero, direitos humanos, saúde reprodutiva e políticas públicas, com foco em diretrizes de parto humanizado. **Resultados:** Foram incluídos 14 estudos, evidenciando práticas obstétricas excludentes, ausência de protocolos efetivos e múltiplas barreiras no acesso, refletindo desigualdades estruturais que atravessam fronteiras. **Conclusões:** Os achados reforçam que a violência obstétrica é fenômeno sistêmico, com impactos negativos na saúde física e mental das mulheres, e que somente abordagens interseccionais, interculturais e inovadoras, como capacitação contínua de profissionais, protocolos adaptados à diversidade cultural, mediação linguística e utilização de tecnologias de informação para apoio às gestantes, podem promover cuidado digno e humanizado.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Violência Obstétrica; Emigrantes e Imigrantes; Refugiados; Desigualdades de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is an emerging public health challenge, requiring immediate interventions given the high prevalence of cases in the country. **Objective:** To identify, from existing literature, evidence on the forms of obstetric violence, exposure, and occurrence among immigrant and refugee women. **Methods:** An integrative literature review was conducted, searching the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, PubMed via Medical Literature Analysis and Retrieval System, Scopus, and Web of Science. Data were organized into analytical categories according to Bardin: types of reported obstetric violence, associated factors, barriers to access to services, women's subjective experiences, and institutional responses. The analysis considered gender perspectives, human rights, reproductive health, and public policies, focusing on guidelines for humanized childbirth. **Results:** Fourteen studies were included, highlighting exclusionary obstetric practices, a lack of effective protocols, and multiple barriers to access, reflecting structural inequalities that cross borders. **Conclusions:** The findings reinforce that obstetric violence is a systemic phenomenon, with negative impacts on the physical and mental health of women, and that only intersectional, intercultural, and innovative approaches, such as continuous training of professionals, protocols adapted to cultural diversity, linguistic mediation, and the use of information technologies to support pregnant women, can promote dignified and humanized care.

Keywords: Women's Health; Obstetric Violence; Emigrants and Immigrants; Refugees; Health Inequalities.

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es un desafío emergente para la salud pública, que requiere intervenciones inmediatas dada la alta prevalencia de casos en el país. **Objetivo:** Identificar, a partir de la literatura existente, evidencia sobre las formas de violencia obstétrica, exposición y ocurrencia entre mujeres inmigrantes y refugiadas. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura, buscando en el Índice acumulativo de literatura de enfermería y salud afines, Literatura latinoamericana y del Caribe en ciencias de la salud, PubMed vía Medical Literature Analysis and Retrieval System, Scopus y Web of Science. Los datos se organizaron en categorías analíticas según Bardin: tipos de violencia obstétrica reportada, factores asociados, barreras de acceso a los servicios, experiencias subjetivas de las mujeres y respuestas institucionales. El análisis consideró perspectivas de género, derechos humanos, salud reproductiva y políticas públicas, con enfoque en pautas para un parto humanizado. **Resultados:** Se incluyeron catorce estudios, que destacaron prácticas obstétricas excluyentes, falta de protocolos efectivos y múltiples barreras de acceso, lo que refleja desigualdades estructurales que cruzan fronteras. **Conclusiones:** Los hallazgos refuerzan que la violencia obstétrica es un fenómeno sistémico con impactos negativos en la salud física y mental de las mujeres, y que solo enfoques interseccionales, interculturales e innovadores, como la formación continua de profesionales, protocolos adaptados a la diversidad cultural, la mediación lingüística y el uso de tecnologías de la información para apoyar a las mujeres embarazadas, pueden promover una atención digna y humanizada.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Violencia Obstétrica; Emigrantes e Inmigrantes; Refugiados; Desigualdades en Salud.

Submissão: 06-02-2026

Aprovado: 24-08-2026

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica pode ser definida como ações ou omissões durante a assistência ao parto, puerpério e abortamento que violam os direitos humanos e reprodutivos das mulheres, incluindo atos físicos, psicológicos, sexuais ou isolados por estruturas institucionais desumanizantes. São exemplos: episiotomia sem consentimento, manobra de Kristeller, intimidações e desrespeito à autonomia da mulher.^{1,2} No Brasil, esse tipo de violência passou a ganhar maior visibilidade a partir da década de 1980, impulsionada pelas reivindicações de movimentos sociais e grupos feministas, que passaram a pautar a humanização do parto como forma de combater essas práticas e promover o protagonismo da mulher e sua liberdade de escolha durante o processo de parto e nascimento.³

A violência obstétrica é um fenômeno que vem ganhando cada vez mais visibilidade no cenário da saúde pública e dos direitos humanos, especialmente no contexto da assistência ao parto. Trata-se de um conjunto de práticas desrespeitosas, abusivas ou negligentes cometidas contra gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal.⁴ As formas de violência obstétrica são amplamente categorizadas como: abuso físico, verbal e sexual; discriminação; abandono ou negligência institucional; restrição de direitos como acompanhante e privação de informação ou consentimento livre revelando um regime de cuidados que frequentemente não respeita a dignidade da mulher.^{2,5,6}

Atualmente, a violência obstétrica configura-se como um desafio emergente de saúde pública, exigindo intervenções imediatas diante da alta prevalência de casos no país, variando entre 18,3% e 44,3%, sendo que aproximadamente uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido algum tipo de violência durante o parto.^{4,7}

A pesquisa nacional Nacer no Brasil revelou que 56 % das mulheres foram submetidas à episiotomia, taxa muito acima dos 10–15 % recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁸ No cenário brasileiro, a violência está profundamente arraigada em práticas obstétricas rotineiras. Um estudo narrativo aponta que tais ocorrências são facilitadas por estruturas hierárquicas rígidas, precariedade de infraestrutura, sobrecarga de trabalho e capacitação inadequada dos profissionais.^{1,3} Essas práticas estão associadas a altos índices de cesáreas, atingindo até 85% no setor privado em contraste com as recomendações da OMS.^{1,3}

A Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, instituída em 2005 e atualizada em 2011, constitui um marco fundamental na consolidação de diretrizes nacionais para o combate a diversas formas de violência de gênero, incluindo a violência obstétrica. Essa política reconhece que a violência sofrida por mulheres nos serviços de saúde representa uma violação dos direitos humanos e compromete o exercício da cidadania e da autonomia feminina. Embora a violência obstétrica ainda não esteja nominalmente contemplada em todos os documentos legais, sua

intersecção com outras formas de violência institucional tem sido cada vez mais discutida no âmbito da formulação de políticas públicas.^{2,9}

Destaca-se, ainda, a atuação da Rede Internacional pela Justiça Reprodutiva (Rede Alyne), nomeada em memória de Alyne da Silva Pimentel, uma mulher negra brasileira que morreu em 2002 após negligência obstétrica. O caso foi levado ao Comitê da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que condenou o Estado brasileiro por não garantir o acesso adequado aos serviços de saúde materna. A decisão representou um marco jurídico internacional, pois foi a primeira vez que um Estado foi responsabilizado por morte materna por meio de um tratado internacional de direitos humanos. A Rede Alyne atua promovendo advocacy, produção de dados e incidência política para denunciar a violência obstétrica como expressão do racismo institucional e das desigualdades estruturais de gênero.¹⁰

A escolha por investigar essa temática se alinha diretamente à Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, em especial aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O estudo contribui com o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, ao evidenciar práticas que comprometem a qualidade e a segurança do cuidado obstétrico, e com o ODS 5 – Igualdade de Gênero, ao denunciar desigualdades estruturais e interseccionais que impactam a experiência das mulheres nos serviços de saúde. Além disso, dialoga com o ODS 10 – Redução das Desigualdades, ao evidenciar as barreiras enfrentadas por populações migrantes e

racializadas no acesso a uma assistência digna, respeitosa e baseada em direitos. Assim, objetivou-se com este estudo identificar, a partir da literatura existente, evidências sobre as formas de violência obstétrica, a exposição e ocorrência de mulheres imigrantes e refugiadas.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), método que permite a síntese abrangente do conhecimento científico disponível sobre determinado fenômeno, com base em estudos empíricos e teóricos, permitindo a análise e a identificação de lacunas para futuras investigações.¹¹ As etapas definidas para o desenvolvimento e os procedimentos realizados para a abordagem do objeto e operacionalização da RIL encontra-se protocolada em *Figshare* (<https://figshare.com/>)

Seguiu seis etapas para sua execução, sendo elas: 1 - Elaboração da questão norteadora; 2 - Definição da amostra, a partir do estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão dos estudos e a busca na literatura científica; 3 - Coleta de dados, com descrição das características dos estudos selecionados; 4 - Análise dos estudos, realizada a partir da definição do nível de evidência; 5 - Interpretação dos resultados; e 6 - Apresentação da revisão.

A construção da pergunta de pesquisa seguiu a estratégia PICO (População, Intervenção, Contexto e *Outcome*), adaptada ao escopo da revisão, P (População): mulheres imigrantes e refugiadas I (Intervenção/fenômeno): violência obstétrica C (Contexto): atenção ao parto e

nascimento O (Outcome): desfechos relacionados à assistência, experiências de violência, negligência, abuso ou desrespeito. Assim, questionou-se: quais são as evidências disponíveis sobre a ocorrência e as formas de violência obstétrica em mulheres imigrantes e refugiadas?

A busca dos estudos foi realizada nas seguintes fontes de informação: *Cumulative Index*

to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *PubMed* via *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE), *Scopus* e *Web of Science*. A estratégia de busca foi elaborada a partir da estrutura PICO, com descritores controlados e termos livres, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Estrutura PICO e categorização dos descritores com operadores booleanos

Acrônimo	Descritores	Estratégia de busca
P – População	"Migrant Women", "Refugees", "Displaced Persons", "Immigrant Women", "Undocumented Migrants"	("Migrant Women" OR "Refugees" OR "Displaced Persons" OR "Immigrant Women" OR "Undocumented Migrants")
I – Intervenção	"Obstetric Violence", "Mistreatment during Childbirth", "Disrespect and Abuse", "Abuse in Maternity Care", "Humanized Childbirth"	("Obstetric Violence" OR "Mistreatment during Childbirth" OR "Disrespect and Abuse" OR "Abuse in Maternity Care" OR "Humanized Childbirth")
C – Contexto	"Maternal Health Services", "Maternity Care", "Obstetric Labor", "Health Care Delivery"	("Maternal Health Services" OR "Maternity Care" OR "Obstetric Labor" OR "Health Care Delivery")
O – Desfecho	"Patient Experience", "Maternal Outcomes", "Health Inequities", "Human Rights Violations"	("Patient Experience" OR "Maternal Outcomes" OR "Health Inequities" OR "Human Rights Violations")

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Foram adotados como critérios de inclusão e exclusão: P – População, inclusão: estudos com foco em mulheres imigrantes, refugiadas, deslocadas internas ou sem documentação, e exclusão: estudos que abordaram mulheres em

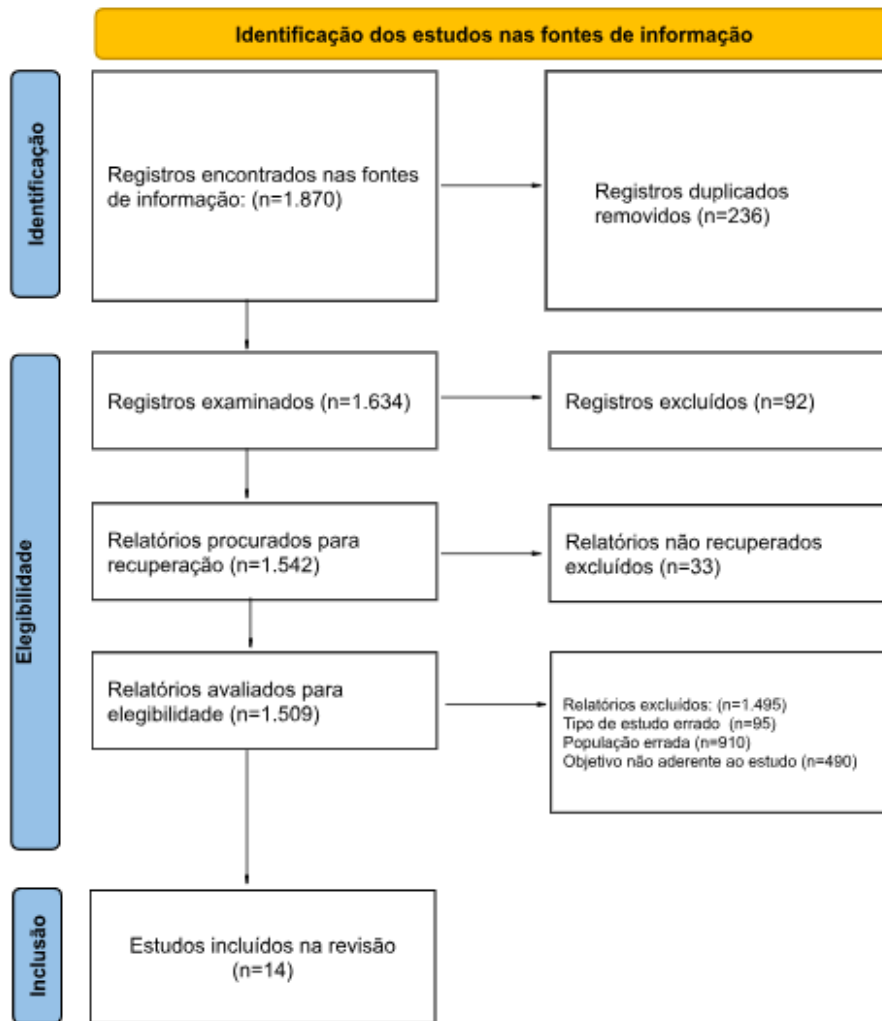
geral, sem recorte migratório, ou que analisam exclusivamente profissionais de saúde; I – Intervenção/Fenômeno, inclusão: artigos que investigam experiências, formas ou percepções de violência obstétrica, desrespeito e abuso no parto,



e excluídos estudos sem relação com a experiência de cuidado; C – Contexto, inclusão: estudos realizados em serviços de saúde, especialmente os que abordam a atenção ao parto, pré-natal, aborto ou puerpério em qualquer país, e excluídas pesquisas fora do contexto da assistência à saúde (ex.: violência doméstica, campo de refugiados sem foco em cuidado obstétrico); e O – Desfecho, inclusão: artigos que apresentem relatos, indicadores, percepções e narrativas sobre formas de violência, desrespeito ou impacto da assistência, e excluídos trabalhos sem descrição dos resultados relacionados à temática da violência obstétrica.

Após a busca em cada fonte de informação, os artigos foram revisados pelo aplicativo *web Rayyan* e foram selecionados os estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Posteriormente foi realizada a leitura dos títulos e resumos para avaliar se eles atendiam aos critérios de elegibilidade deste estudo, conforme apresentado na figura 1. Na segunda etapa, dois revisores leram os artigos de forma independente e cega, e selecionaram os artigos com base em seus critérios. Se houvesse desacordo entre os revisores, um terceiro revisor poderia resolver o desacordo, o que não foi necessário para este estudo.

Figura 1 - Fluxograma de busca e dos estudos incluídos na revisão



Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Itens Preferenciais de Relatórios para Revisões Sistemáticas e Meta-análises). 2025

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada através do nível de evidência, levando em consideração como nível 1: estudos que são oriundos de revisão sistemática, estudos clínicos randomizados controlados relevantes, ou de diretrizes clínicas embasadas em revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados controlados; nível 2: estudos clínicos randomizados controlados; nível 3: estudos clínicos sem randomização; nível 4: estudos de coorte e de caso-controle; nível 5: originários de revisão de estudos descritivos e/ou qualitativos; nível 6: estudo descritivo ou

qualitativo; nível 7: pesquisas oriundas da opinião de autoridades e de relatórios de comitês de especialistas.

A análise foi conduzida de forma descritiva e temática. Os estudos foram organizados em categorias analíticas com base na abordagem de Bardin para análise de conteúdo. As categorias incluíram: tipos de violência obstétrica relatada, fatores associados, barreiras no acesso aos serviços, experiências subjetivas das mulheres e resposta institucional dos sistemas de saúde. Os resultados foram apresentados em forma de quadro síntese com os principais dados dos

estudos incluídos e discutidos de maneira articulada com os objetivos da pesquisa.¹²

Por se tratar de uma RIL, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orientações das resoluções vigentes do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução nº 510/2016.

RESULTADOS

Os estudos incluídos nesta revisão permitiram identificar de forma sistematizada os tipos de violência obstétrica sofridos por mulheres imigrantes e refugiadas, os fatores associados às barreiras no acesso aos serviços, bem como as

respostas institucionais disponíveis. O quadro de síntese apresentado organiza esses achados de maneira clara, subsidiando a compreensão abrangente do fenômeno e fornecendo base para a discussão subsequente sobre implicações para a prática clínica, políticas públicas e direitos humanos. A seguir no quadro 2, foram sintetizados os principais dados dos estudos incluídos, contendo: autor/ano e país, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência, população e principais achados.

Quadro 2 - Síntese dos principais dados dos estudos incluídos na revisão

Autor/ano/país	Objetivo	Tipo de estudo/nível de evidência	População	Principais achados
Arcilla et al., (2025) ¹³ Diversos	Fornecer uma visão geral do estado da pesquisa atual sobre as experiências discriminatórias de mulheres migrantes	Revisão da literatura Nível 1	Mulheres migrantes racializadas	Discriminação racial e cultural na assistência materna, práticas de exclusão sistêmica
Ngarmbatedjimal et al., (2024) ¹⁴ Chade	Compreender as experiências de mulheres refugiadas sudanesas sobre a qualidade do cuidado durante o parto em maternidades de dois campos de refugiados no leste do Chade	Estudo qualitativo Nível 6	Mulheres refugiadas e profissionais de saúde	Medo, insegurança e percepção de cuidado centrado na pessoa ainda fragmentada
Al-Shatanawi et al., (2023) ¹⁵ Jordânia	Comparar características obstétricas e neonatais e resultados do nascimento entre refugiados sírios e mulheres nativas na Jordânia	Estudo de coorte Nível 4	Mulheres refugiadas sírias	Disparidades nos desfechos obstétricos e neonatais comparadas às mulheres locais

Araújo & Ribeiro (2023) ¹⁶	Analisar se no Brasil a mulher migrante sofre violência obstétrica no momento do parto em virtude de fatores culturais, e identificar qual as alternativas para evitarem esses abusos	Estudo qualitativo	Mulheres migrantes	Diversos exemplos de violência obstétrica motivados pelo preconceito e pelo desconhecimento da cultura de origem ou do idioma falado pela parturiente
Brasil		Nível 6		
Supimpa et al., (2023) ¹⁷	Descrever a experiência do parto de mulheres migrantes em maternidades no sul do Brasil	Estudo qualitativo	Mulheres migrantes	Sentimento de desproteção e despreparo durante a assistência ao parto
Diversos		Nível 6		
Sauvegrain (2021) ¹⁸	Apresentar indicadores de saúde materna e perinatal desfavoráveis, e a qualidade do atendimento prestado a mulheres migrantes de países de África Subsaariana - França	Estudo qualitativo	Mulheres migrantes da África subsaariana	Violência obstétrica verbal e desrespeito cultural
França		Nível 6		
Khalil et al., (2022) ¹⁹	Este estudo centrou-se nas experiências de maus tratos às mulheres no parto para fornecer uma visão geral da Violência Obstétrica e oferecer recomendações para melhorar os cuidados de maternidade	Revisão sistemática	Mulheres migrantes da região Oriental	Narrativas de desrespeito e abuso físico durante o parto e assistência não digna as mulheres migrantes
Região do Mediterrâneo Oriental		Nível 1		
Molla et al., (2022) ²⁰	Avaliar a magnitude da violência obstétrica e fatores associados entre mulheres durante o parto em Zona Gedeó, Sul da Etiópia	Estudo transversal	Mulheres em trabalho de parto que viveram na zona Gedeó durante 6 meses.	Fatores associados à violência obstétrica e práticas coercitivas, como abuso físico, cuidados não confidenciais e não consentidos, cuidado negligenciado e violência sexual
Etiópia		Nível 4		
Silva et al., (2021) ²¹	Compreender os aspectos culturais da gestação, parto e pós-parto na perspectiva das mulheres migrantes sírias	Qualitativo	Mulheres sírias migrantes	Percepções culturais e experiências de exclusão na gestação, parto e pós-parto
Brasil				
Fair et al., (2020) ²²	Fornecer evidências sistemáticas e atualizadas sobre as experiências de gravidez das mulheres migrantes, cuidados de parto e maternidade no país europeu de destino	Revisão sistemática	Mulheres migrantes	Barreiras múltiplas no acesso e qualidade da assistência, falta de protocolos humanizados
Europa		Nível 1		

Flores et al., (2019) ²³	Explorar a construção social da violência obstétrica desenvolvida por Tenek e mulheres Nahuatl no México	Estudo qualitativo	Mulheres Tének e Náhuatl	Construção social da violência obstétrica, experiências de desrespeito e abuso
México		Nível 6		
Rossa (2017) ²⁴	Analisar como a mobilização de mulheres imigrantes na cidade de São Paulo contribui para o questionamento e a construção de novos saberes sobre maternidade, parto e gestação, reunindo mulheres imigrantes e brasileiras contra a violência obstétrica	Estudo qualitativo	Mulheres imigrantes	A mobilização de mulheres imigrantes na cidade de São Paulo contribui para o questionamento e a construção de saberes sobre maternidade, parto e gestação
Brasil		Nível 6		
Liu et al., (2019) ²⁵	Analisar indicadores de saúde perinatal e utilização de cuidados de saúde em mulheres migrantes dos cinco principais países de origem de refugiados	Estudo de coorte	Mulheres refugiadas e solicitantes de asilo	Piores indicadores de saúde perinatal, barreiras de acesso a cuidados humanizados
Suécia		Nível 4		
Reckhow et al., (2024) ²⁶	Entender as barreiras ao cuidado pré-natal de um centro de saúde qualificado pelo governo federal com um grande volume de pacientes imigrantes e migrantes no sudeste de Minnesota	Estudo qualitativo	Mulheres imigrantes e migrantes	Gestantes imigrantes e migrantes do sudeste de Minnesota enfrentam barreiras no cuidado perinatal, como a limitada disponibilidade de serviços em linguagem adequada, apoio insuficiente, transporte precário, incertezas quanto à elegibilidade e dificuldades financeiras
Estados Unidos das Américas		Nível 6		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

DISCUSSÃO

A análise dos 14 estudos selecionados permitiu identificar cinco categorias analíticas, construídas a partir da abordagem de Bardin para análise de conteúdo, as quais sintetizam os achados sobre violência obstétrica em mulheres imigrantes e refugiadas: tipos de violência obstétrica relatada, fatores associados, barreiras no acesso aos serviços, experiências subjetivas das mulheres e resposta institucional dos sistemas de saúde. A estruturação das categorias analíticas, permitiu destacar os achados que reforçam a complexidade da violência obstétrica em

contextos migratórios e a necessidade de analisar os fatores estruturais, culturais e institucionais que influenciam a experiência das mulheres.

Tipos de violência obstétrica relatadas

Foram identificadas práticas recorrentes de negligência, na realização de procedimentos sem consentimento, violência verbal e psicológica, recusa de analgesia e/ou medicalização excessiva, Arcilla *et al.* evidenciam que mulheres migrantes relataram discriminação racializada durante o parto, manifestada em comentários depreciativos

e tratamento desigual em relação às pacientes locais.¹³ Enquanto, Supimpa *et al.* acrescenta que a ausência de explicações sobre os procedimentos médicos intensifica sentimentos de impotência e desamparo.¹⁷ Da mesma forma, Khalil *et al.* e Flores *et al.* apontam a recusa de analgesia e a medicalização excessiva como práticas recorrentes que violam a autonomia e a dignidade das mulheres.^{19,23}

Nos diversos estudos analisados, observam-se múltiplas formas de violência obstétrica praticadas contra mulheres migrantes ou de populações vulneráveis. Por exemplo, no estudo de Molla, Wudneh & Tilahun, em Gedeo Zone, Etiópia, constata-se que 79,7 % das mulheres entrevistadas experienciaram algum tipo de violência obstétrica durante o parto hospitalar. As formas mais frequentemente relatadas foram cuidado sem consentimento, cuidado sem dignidade, tratamento culturalmente inadequado, além de abuso verbal e outras condutas desrespeitosas.²⁰ Já no estudo com mulheres refugiadas sírias na Jordânia, Al-Shatanawi *et al.* não centram sua análise em violência obstétrica direta, mas identificam disparidades nos resultados perinatais, baixo peso ao nascer, natimortos, mortalidade neonatal, que podem estar associados a condições de cuidado inferior ou acesso reduzido, sugerindo formas indiretas de desrespeito ou negligência¹⁹

Outro estudo nacional revelou que mulheres expostas a situações de abuso, desrespeito ou maus tratos durante o parto, como impossibilidade de comer ou manter acompanhante de escolha, são significativamente comuns, embora nem todas

percebam essas situações como violência.²⁷ No Piauí, aproximadamente 19,8 % das mulheres relataram ter vivenciado ao menos uma situação de desrespeito ou abuso, destacando abuso verbal (12,6 %) e não conformidade com padrões profissionais (11,6 %).²⁸

Fatores associados à violência obstétrica

O racismo estrutural, a xenofobia, a sobrecarga dos serviços de saúde e protocolos pouco humanizados constituem fatores que potencializam a violência obstétrica. A centralidade médico-hospitalar favorece práticas desumanizadas, que desconsideram a subjetividade e as necessidades culturais das mulheres migrantes.²⁰ Os estereótipos raciais são reproduzidos por profissionais de saúde na França, manifestando-se em preconceitos sobre inteligência, higiene, resistência à dor e comportamento das mulheres africanas migrantes.¹⁸

Quanto aos fatores associados à violência obstétrica e desrespeito, o estudo etíope aponta que nível educacional da mulher, utilização pré-natal, permanência prolongada na instituição de saúde após o parto, e complicações durante o trabalho de parto são significativamente associados à probabilidade de se experienciar violência obstétrica.²⁰ Mulheres menos escolarizadas, com menor acesso ao pré-natal e que enfrentam complicações durante o parto têm maior risco. No estudo de Supimpa *et al.* no Brasil, que investigou a experiência de parto de imigrantes, emergem como fatores relevantes

expectativas prévias do parto em seus países de origem, as surpresas em procedimentos ou resultados inesperados como cesária, além de comunicação (ou falta dela) efetiva com a equipe de saúde.¹⁷ Em outra revisão, identificaram raça/cor, status migratório, barreiras linguísticas e culturais como fatores que amplificam a discriminação no cuidado materno para mulheres migrantes racializadas.¹³

Corroborando essas constatações, estudos nacionais revelam que o racismo institucional agrava a violência obstétrica vivida por mulheres negras. Essa violência como a apropriação do corpo reprodutivo feminino por parte de profissionais de saúde, manifestada por práticas desumanizadas e abuso de medicalização, com intensificação quando há viés racial.²¹ Pesquisa qualitativa junto a mulheres negras em Pernambuco demonstra que o racismo estrutural dificulta e nega seus direitos reprodutivos, evidenciando a interseção entre raça, classe e gênero como fator central para o abuso e as intervenções obstétricas invasivas e desumanas.^{7,21}

Além disso, um estudo mostra que mulheres negras enfrentam maus-tratos no pré-natal, parto e pós-parto decorrentes do racismo estrutural, associando tais experiências a desigualdade de acesso, formação insensível dos profissionais e baixa representatividade negra nos serviços de saúde.²⁹ Em contexto internacional, um estudo com mulheres indígenas Embora na Colômbia evidencia que, além das formas gerais de violência obstétrica, elas são especialmente vitimadas pela falta de respeito à sua cultura e

saberes ancestrais, revelando micro agressões derivadas do colonialismo persistente nas práticas médicas.³⁰

Barreiras no acesso aos serviços

As barreiras no acesso aos serviços se manifestam de diferentes formas. No estudo da Etiópia, embora a investigação seja em mulheres da população local (não especificamente migrantes), evidencia-se que uso insuficiente do pré-natal está associado a maior violência obstétrica, o que sugere que barreiras estruturais no acesso ao cuidado antes do parto podem agravar o risco.²⁰ No Brasil, Supimpa *et al.* relatam que mulheres imigrantes enfrentam dificuldades de adaptação cultural, de linguagem, de expectativas vs. realidade do atendimento nos hospitais públicos, bem como mudanças no sistema de saúde entre o país de origem e o de chegada que as pegam de surpresa.¹⁷

Para Al-Shatanawi *et al.*, embora não entrem em muitos detalhes qualitativos de barreiras subjetivas, registram que as mulheres refugiadas sírias têm maiores taxas de resultados adversos (como baixo peso, natimortos) que podem ser reflexo de acesso mais tardio, atendimento menos eficaz ou condições de vulnerabilidade social que restringem oportunidades de consulta pré-natal de qualidade.¹⁵ As barreiras linguísticas, a ausência de informações claras sobre direitos e a falta de políticas inclusivas limitam o acesso a serviços de saúde e geram violação do princípio da equidade, Portela *et al.*, ressaltam que a comunicação

deficiente entre usuárias e profissionais prejudica a autonomia³¹, enquanto Sudhinaraset *et al.*, evidenciam que a mediação por terceiros no atendimento aprofunda a vulnerabilidade.³²

Estudos internacionais corroboram essas observações, ao demonstrarem que a limitação no domínio da língua local compromete a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Pesquisa realizada por Twersky *et al.*, mostra que imigrantes com proficiência limitada em inglês enfrentam atrasos no atendimento, má compreensão de orientações médicas e desfechos de saúde desfavoráveis.³³

Estudo realizado em centros de atenção primária por Lurgain *et al.*, apontou que a ausência de mediadores interculturais treinados reduziu significativamente o acesso de mulheres imigrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.³⁴ Em diversos casos, a mediação foi feita por auxiliares de enfermagem sem formação específica, o que prejudicou a compreensão das informações e enfraqueceu a relação profissional-paciente. Resultados semelhantes foram observados na Sérvia, onde Buch Mejsner *et al.*, identificaram que a presença de mediadores interculturais qualificados aumentava a efetividade do atendimento, melhorava o vínculo com os serviços e reduzia a necessidade de pagamentos informais.³⁵

Experiências subjetivas das mulheres

A vivência subjetiva do parto entre mulheres imigrantes e refugiadas é marcada por medo, humilhação, impotência, isolamento social

e impacto negativo na saúde mental. Segundo Supimpa *et al.* às mulheres imigrantes se sentem desprotegidas e despreparadas para enfrentar procedimentos hospitalares¹⁷, enquanto Ngarmbatedjimal *et al.*, ao analisar campos de refugiados no Chade, evidenciam sentimentos de vulnerabilidade e insegurança¹⁴ e Arcilla *et al.* reforçam que o parto, em tais condições, pode se tornar um trauma emocional, especialmente quando associado à discriminação racial e à ausência de acolhimento cultural.¹³

Nas experiências subjetivas das mulheres, mulheres imigrantes no Sul do Brasil relatam “surpresas” durante o processo de parto, expectativas pré-natal que não se cumprem, cesáreas inesperadas, sensações e sentimentos que nem sempre são considerados pela equipe de saúde, descrevem memórias de como eram tratadas em seus países de origem e fazem comparações que, por vezes, realçam tanto os aspectos positivos quanto às falhas do atendimento no Brasil.¹⁷ No estudo etíope, mulheres relatam sentimentos de desrespeito, intimidação, vergonha, e também percebem que certas práticas (como exames repetidos ou procedimentos sem explicação ou consentimento) as colocam em posição de vulnerabilidade ou insegurança.²⁰

Uma pesquisa chilena revela que experiências negativas durante o parto são preditoras significativas de depressão e ansiedade materna até seis meses após o nascimento, destacando que a qualidade do atendimento obstétrico exerce um papel determinante no bem-estar emocional materno.³⁶ Ademais, na

Islândia, um estudo comparativo apontou que mulheres migrantes avaliaram suas experiências de parto como significativamente piores do que as mulheres nascidas no país, ainda que não tenham relatado maiores índices de maus-tratos diretos, evidência de que a percepção subjetiva e o contexto migratório elevam a vulnerabilidade emocional mesmo diante de cuidados clínicos equivalentes.³⁷

Dados adicionais confirmam a emergência de trauma de parto e seus impactos duradouros. Estudo com mulheres primíparas no Reino Unido observou que aquelas que relataram nascimento traumático apresentaram pior bem-estar psicológico e identidade materna fragilizada.³⁸ Em uma perspectiva mais ampla, investigações ressaltam que parto traumático pode conduzir a sofrimento psicológico intenso, com manifestações que incluem solidão, isolamento e emoções angustiantes intensificadas no pós-parto.³⁹

Em contextos de migração e refúgio, a vulnerabilidade emocional é ainda mais exacerbada. Mulheres refugiadas e imigrantes apresentam maior risco de depressão pós-parto e menor satisfação com redes de suporte social, conforme estudo realizado em Portugal, que identificou depressão entre imigrantes comparadas a mulheres nascidas localmente, além de significativa insatisfação com apoio recebido.⁴⁰ Complementarmente, uma revisão qualitativa canadense revelou que mulheres migrantes enfrentam barreiras culturais, sociais e na qualidade dos serviços ao lidar com depressão perinatal, evidenciando que fatores como

insegurança, isolamento e falta de políticas inclusivas amplificam o impacto psicológico do parto.⁴¹

Resposta institucional e fragilidades das políticas públicas

Quanto à resposta institucional dos sistemas de saúde, há indícios de lacunas importantes. No estudo de Arcilla *et al.* (2025), revisando literatura sobre mulheres migrantes racializadas, os autores apontam que embora existam diretrizes de direito à saúde, respeito, igualdade, poucas intervenções específicas focalizam a interseção entre migração, raça/cor e gênero, e há pouco monitoramento ou responsabilização institucional do desrespeito ou violência obstétrica nessas populações.¹³ Para Supimpa *et al.* (2024), os serviços públicos de maternidade no Brasil mostraram práticas de equipe que favorecem cuidados positivos quando a equipe está alinhada com práticas baseadas em evidência, mas que não há sistematicidade ou protocolos robustos para garantir sensibilidade cultural ou garantir participação da gestante nas decisões, o que demanda políticas e treinamentos específicos.^{13,15}

A resposta institucional frente à violência obstétrica ainda apresenta fragilidades significativas. Embora existam diretrizes internacionais de humanização do parto, sua implementação é falha, sobretudo em contextos migratórios. De acordo com Araújo e Ribeiro existe ausência de protocolos específicos para mulheres imigrantes no Brasil¹⁶, e Rossa destaca a necessidade de capacitação intercultural de

profissionais para enfrentar o racismo institucional.²⁴

Outras evidências reforçam essa fragilidade institucional. Uma revisão de escopo sobre a assistência ao parto de mulheres imigrantes no Brasil constatou que, ainda que barreiras como comunicação deficiente e falta de reconhecimento cultural sejam amplamente levantadas, as iniciativas institucionais são pontuais, com uso de intérpretes e materiais informativos, sem respaldo de políticas públicas estruturadas, o que compromete sua sustentabilidade e alcance.⁴²

Uma pesquisa em uma maternidade pública demonstrou que, mesmo diante de algumas ações isoladas de acolhimento, como cursos de espanhol, feiras culturais e registros informais de termos utilizados por estrangeiras, faltam políticas públicas para assegurar continuidade e integração dessas práticas no cotidiano do sistema de saúde.⁴³ Em paralelo, um estudo envolvendo demandas de cuidados obstétricos entre migrantes mostraram que, mesmo em países com acesso universal, como Portugal, mulheres imigrantes enfrentam atrasos no início do pré-natal e maior incidência de complicações como cesarianas, lacerações perineais ou hemorragia pós-parto, o que aponta para falhas na operacionalização de políticas de equidade na prática clínica.⁴⁴

O estudo apresenta limitações que devem ser consideradas, a maior parte dos trabalhos incluídos refere-se a contextos específicos, como campos de refugiados ou países de alta renda, o que pode limitar a generalização dos achados para todas as populações migrantes. Outra limitação é a predominância de estudos qualitativos, que,

embora ricos em narrativas, não permitem estimativas precisas de prevalência de violência obstétrica. Por outro lado, este estudo traz importantes contribuições, ao organizar sistematicamente as experiências de mulheres migrantes e refugiadas vítimas de violência obstétrica, identificando categorias de análise que evidenciam os fatores estruturais e institucionais dessa violência. Além disso, relaciona-se essas evidências à legislação brasileira e à Política Nacional de Migrações, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais inclusivas, interculturais e humanizadas, capazes de enfrentar as desigualdades e proteger os direitos reprodutivos dessas mulheres.

CONCLUSÕES

A análise dos estudos nesta revisão evidencia que mulheres migrantes, refugiadas e racializadas enfrentam uma série de violações no contexto da assistência obstétrica, que se expressam por meio de diferentes formas de violência obstétrica, desde o desrespeito verbal e negligência até a realização de procedimentos sem consentimento ou sensibilidade cultural. Essas experiências são atravessadas por múltiplos marcadores de vulnerabilidade, como o status migratório, a origem étnico-racial, barreiras linguísticas e desigualdades estruturais nos sistemas de saúde. Além disso, as experiências subjetivas dessas mulheres revelam sentimentos recorrentes de medo, insegurança, solidão e desamparo, que comprometem a vivência do parto como um momento potencialmente positivo.

Portanto, é urgente que políticas públicas de saúde obstétrica avancem para além da universalidade formal e passem a incorporar de forma interseccional as necessidades específicas de mulheres migrantes e racializadas. Isso inclui investimentos em formação culturalmente sensível dos profissionais, garantia de acesso a intérpretes, acolhimento adequado nos serviços e mecanismos de monitoramento e responsabilização diante de práticas abusivas. Assim será possível construir um cuidado obstétrico verdadeiramente respeitoso, equitativo e centrado nas mulheres, independentemente de sua origem, status ou trajetória migratória.

REFERÊNCIAS

1. Conceição HN, Madeiro AP. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024, 40(8):e00008024. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT008024>
2. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Human Growth Development*. 2025;25(3):377-384. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
3. Silva, LB et al. Mesmo que a gente seja a mão que cuida: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2023;29(3):e07622023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.07622023>
4. Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira AMN, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Rev Gaúcha de*

Enfermagem. 2020;41:e20190419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>

5. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
6. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Boston: Harvard School of Public Health; University Research Co.; 2010 [cited 2025 Sep 8]. Available from: https://content.sph.harvard.edu/wwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
7. Silva JCO, Brito LMC, Alves ES, Neto JBM, Junior JLPS, Marques NM, et al. Impacts of obstetric violence in Brazil: a literature review. *Res Soc Dev*. 2023;12(2):e10812239950. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39950>
8. Leal MC, Gama SGN. Nacer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S5. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>
9. Brasil. Presidência da República. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília-DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011 [cited 2025 Sep 10]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>
10. Watts G. Marge Berer: battling for women's reproductive rights. *Lancet*. 2013;381(9865):444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60235-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60235-4)
11. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv*

- Nurs. 2005;52(5):546-53.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3rd ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Arcilla JT, Nanou A, Hamed S, Osman F. Racialized migrant women's discrimination in maternal care: a scoping review. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):16.
<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02384-8>
14. Ngarmbatedjimal A, Abdelaziz M, Allambademel VDP, et al. Refugee women's and providers' perceptions of person-centered maternity care: a qualitative study in two refugee camps in Chad. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:225.
<https://doi.org/10.1186/s12884-024-06424-z>
15. Al-Shatanawi TN, Khader Y, Abdel Razeq N, Khader AM, Alfaqih M, Alkouri O, Alyahya M. Disparities in obstetric, neonatal, and birth outcomes among Syrian women refugees and Jordanian women. *Int J Public Health*. 2023;68:1605645.
<https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605645>
16. Araújo TSB, Ribeiro AR. Cooperação internacional e interculturalidade da violência obstétrica contra mulheres imigrantes no Brasil. *Rev Jurid FA7*. 2023;20(2):81-93.
<https://doi.org/10.24067/rjfa7;20.2:1702>
17. Supimpa LS, Souza SRRK, Prandini NR, Andreatta D, Trigueiro TH, Paviani BA. Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20220444.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>
18. Sauvegrain P. Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Sante Publique*. 2022;33(5):627-8.
<https://doi.org/10.3917/spub.215.0627>
19. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean Region: a review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:850796.
<https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.850796>
20. Molla W, Wudneh A, Tilahun R. Obstetric violence and associated factors among women during facility-based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):565.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04895-6>
21. Silva SRO, Monteiro IS, Castro CM. Da Síria ao Brasil: dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto. *Ideias*. 2021;12:e021004.
22. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(2):e0228378.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
23. Flores YYR, Ledezma AGM, Ibarra LEH, Acevedo CEG. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03464.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>
24. Rossa LA. Descolonização do corpo e mobilidade humana: mulheres imigrantes e a produção de saberes contra a violência obstétrica. *RELACult*. 2017;3(3).
<https://doi.org/10.23899/relacult.v3i3.596>
25. Liu C, Ahlberg M, Hjern A, Stephansson O. Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014-17: a register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 2019;29(6):1048-55.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120>
26. Reckhow J, Riggan KA, Breutzman E, Low MOS, Tobah YSB, Rivera-Chiauszi EY, et al. Barriers to perinatal care among immigrant and migrant women in

- Southeast Minnesota. Womens Health Rep (New Rochelle). 2024;5(1):842-8. <https://doi.org/10.1089/whr.2024.0108>
27. Dornelas ACR, et al. Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. Cien Saude Colet. 2022;27(2):535-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.01672021>
28. Madeiro A, Rufino AC, Acaqui RF, Barbosa CM, Martins VMM, Sousa AMC. Disrespect and abuse during childbirth in maternity hospitals in Piauí, Brazil: a cross-sectional study. Int J Gynaecol Obstet. 2022;159:961-7. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14317>
29. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saude Publica. 2017;33:e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
30. Gleason EG, Molina Berrío DP, López Ríos JM, Mejía Merino CM. “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 Colect. 2021;17:e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
31. Portela MC, Reis LGC, Martins M, Rodrigues JLQS, Lima SML. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. Cad Saude Publica. 2018;34(5):e00072818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072818>
32. Sudhinaraset M, Kolodner RA, Nakphong MK. Maternity care at the intersections of language, ethnicity, and immigration status: a qualitative study. Womens Health Issues. 2023;33(6):618-25. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2023.04.004>
33. Twersky SE, Jefferson R, Garcia-Ortiz L, Williams E, Pina C. The impact of limited English proficiency on healthcare access and outcomes in the U.S.: a scoping review. Healthcare (Basel). 2024;12(3):364. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030364>
34. Lurgain JG, Ouaraab-Essadek H, Mellouki K, et al. Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain. Int J Equity Health. 2024;23:206. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5>
35. Buch Mejsner S, Davidović M, Kristiansen M, Mahato S, Eklund Karlsson L. Investigating the role of intercultural mediators in enhancing asylum-seeking migrants’ access to health care services in Serbia. SAGE Open. 2024;14(2). <https://doi.org/10.1177/21582440241245508>
36. Coe S, García MI, Mira A. Examining the association between subjective childbirth experience and maternal mental health at six months postpartum. J Reprod Infant Psychol. 2023;41(3):275-88. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1990233>
37. Mangindin EL, Gottfreðsdóttir H, Stoll K, Cadée F, Lárusdóttir EI, Swift EM. Childbirth experience, mistreatment, and migrant status: a retrospective cross-sectional study. Birth. 2025 Feb 1. <https://doi.org/10.1111/birt.12900>
38. El-Salahi S, Knowles Bevis R, Hogg L. The relationship between traumatic childbirth and first-time mothers’ social identity and wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:437. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06288-3>
39. Nelson HO. Experiencing birth trauma: individualism and isolation in postpartum. Soc Sci Med. 2024;345:116663. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116663>
40. Almeida LM, Costa-Santos C, Caldas JP, Dias S, Ayres-de-Campos D. The impact of migration on women’s mental health in the postpartum period. Rev Saude Publica. 2016;50:35.

<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>

41. Dela Cruz GA, Johnstone S, Singla DR, George TP, Castle DJ. A qualitative systematic review of experiences and barriers faced by migrant women with perinatal depression in Canada. *Women*. 2023;3:1-21.

<https://doi.org/10.3390/women3010001>

42. Santos IZ, Trigueiro TH, Oliveira FAM, Souza SRRK, Hornung H. Healthcare in the process of parturition of immigrant women: a review of scope. *Online Braz J Nurs*. 2024;23:e20246734.

<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246734>

43. Castro CM, Oliveira RC, Custódio MCS. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. *Civitas*. 2015;15(2):e59-74.

<https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17563>

44. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;126(3):244-7.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.023>

Fomento:

Os autores declararam que a pesquisa não recebeu financiamento.

Declaração de conflito de interesses:

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Ocorrência e exposição das mulheres imigrantes e refugiadas à violência obstétrica: revisão integrativa da literatura” apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá em novembro de 2025.

Declaração de disponibilidade de dados

Não foram gerados bancos de dados neste estudo. As informações apresentadas estão descritas no corpo do artigo

Crerios de autoria (contribuiçes dos autores):

Santos CMS, Bastos KCS, dos Santos GG 1. contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; Santos CMS, Bastos KCS, dos Santos GG 2. na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; Santos CMS, Bastos KCS, dos Santos GG, do Nascimento ES, de Freitas RNCS, de Lima GML, Felipe LMA, Belo ACS, Pereira AMM, Lima CF, Guerra MJG 3. assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>