Guia Prevenção e enfrentamento da violência obstétrica em contextos humanitários (UNFPA, 2026)

Guía para la prevención y el combate de la violencia obstétrica en contextos humanitarios (UNFPA, 2026)

Guidance Preventing and addressing obstetric violence in humanitarian contexts (UNFPA 2026)

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos, Maria Teresa Rossetti Massari e Maria Auxiliadora Souza Mendes Gomes

Resumo: Este boletim apresenta o guia "Preventing and addressing obstetric violence in humanitarian contexts", publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em outubro de 2026. O documento é uma nota de orientação para profissionais de saúde sexual e reprodutiva (SSR), de violência baseada em gênero, gestores de programas e agências implementadoras que atuam em crises humanitárias. Ele define a violência obstétrica como uma manifestação de violência reprodutiva e uma forma de Violência Baseada em Gênero (VBG), descreve seus fatores subjacentes e tipos, propõe o cuidado materno respeitoso (*respectful maternity care*) como marco de resposta e apresenta recomendações programáticas e institucionais.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Cuidado Materno Respeitoso; Contextos Humanitários; Saúde Sexual e Reprodutiva.

Resumen: *Este boletín presenta la guía "Preventing and addressing obstetric violence in humanitarian contexts", publicada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en octubre de 2026. El documento es una nota de orientación para profesionales de salud sexual y reproductiva (SSR) y de violencia basada en género (VBG), gestores de programas y agencias implementadoras que actúan en crisis humanitarias. Define la violencia obstétrica como una manifestación de violencia reproductiva y una forma de VBG, describe sus factores subyacentes y tipos, propone el cuidado materno respetuoso (respectful maternity care, RMC) como marco de respuesta y presenta recomendaciones programáticas e institucionales.*

Palabras clave: *Violencia Obstétrica; Cuidado Materno Respetuoso; Contextos Humanitarios; Salud Sexual y Reproductiva.*

Abstract: *This bulletin presents the guidance "*Preventing and addressing obstetric violence in humanitarian contexts"*, published by the United Nations Population Fund (UNFPA) in October 2026. The document is a guidance note for sexual and reproductive health (SRH) and gender-based violence (GBV) providers, programme managers and implementing agencies working in humanitarian crises. It defines obstetric violence as a manifestation of reproductive violence and a form of GBV, describes its underlying factors and types, proposes respectful maternity care (RMC) as a response framework, and presents programmatic and institutional recommendations.*

Keywords: *Obstetric Violence; Respectful Maternity Care; Humanitarian Contexts; Sexual and Reproductive Health.*

Introdução e contextualização



Publicado em outubro de 2026, o guia *Prevenção e enfrentamento da violência obstétrica em contextos humanitários* foi elaborado pela Divisão de Resposta Humanitária do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e tem como temática a violência, o abuso, a coerção, a negligência e outras práticas nocivas vividas na gestação, no parto e no puerpério, com foco nas crises humanitárias, onde sistemas de saúde fragilizados, escassez de insumos e de pessoal, insegurança e barreiras culturais e linguísticas ampliam a exposição das mulheres.

A ênfase dada está em três pontos: (i) reconhecer a violência obstétrica como forma de violência baseada em gênero (VBG); (ii) inseri-la na arquitetura da resposta humanitária, especialmente na integração SSR–VBG; e (iii) oferecer o cuidado materno respeitoso como caminho de prevenção e resposta. O guia se baseia em revisão de literatura, entrevistas com especialistas em saúde sexual e reprodutiva (SSR) e VBG, nos níveis global, regional e nacional, e revisão por especialistas interagências. É um documento de orientação programática.

A seção introdutória descreve o espectro de práticas que as mulheres podem sofrer de profissionais e do sistema de saúde na gestação, no parto e no puerpério:

- abuso físico, sexual, verbal, emocional e psicológico;
- desrespeito e negligência;
- procedimentos sem consentimento informado, como esterilização, aborto ou contracepção pós-parto forçados;
- violações de privacidade e confidencialidade;
- negação de acompanhante;
- práticas sem respaldo em evidências, como a episiotomia de rotina e a restrição à escolha de posições fisiológicas de parto.

Em seguida, trata da terminologia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) usa predominantemente “maus-tratos, desrespeito e abuso durante o parto”. “Violência obstétrica” foi adotada em mecanismos de direitos humanos, em marcos legais nacionais e em parte da literatura acadêmica. A Relatora Especial da ONU sobre Violência contra a Mulher, em 2019, a descreveu como “a violência vivida por mulheres durante o parto em instituições de saúde”. O guia reconhece que a terminologia não é uniforme, mas afirma que o objetivo comum é garantir a toda mulher um cuidado seguro, respeitoso, baseado em direitos e em evidências.

O UNFPA optou pelo termo “violência obstétrica”, em coerência com seu trabalho sobre violência reprodutiva. Nesse enquadramento, ela é entendida como “manifestação de violência reprodutiva e como forma de VBG enraizada na desigualdade de gênero, na discriminação e nas relações desiguais de poder”. Ainda, para a agência, o conceito “violência reprodutiva” como forma de VBG que compromete a autonomia, também inclui a capacidade de decidir se, quando, como e em que condições engravidar, parir e criar filhos.

Contexto global e estatísticas

O guia reconhece que medir a incidência é difícil. Falta consenso terminológico, reconhecimento do problema pelos próprios profissionais e mecanismos padronizados de notificação. Cita a Relatora Especial, para quem a violência contra a mulher no parto é tão normalizada que (ainda) não é considerada violência contra a mulher. Uma especialista em VBG do noroeste da Síria relata nunca ter encontrado o termo no trabalho cotidiano, embora presenciasse com frequência incidentes relacionados.

Os dados apresentados vêm, em sua maioria, de contextos de países “em desenvolvimento”, e não de crises humanitárias necessariamente:

- mais de um terço das mulheres sofre alguma forma de maus-tratos no parto institucional;
- prevalência de 44% de desrespeito e abuso na África Subsaariana (meta-análise de 33 estudos) e de 43% na América Latina e Caribe (18 estudos);
- na Tanzânia, até 73% das mulheres relataram ao menos uma forma de desrespeito e abuso no trabalho de parto, e 96,1% dos 439 profissionais de enfermagem e obstetrícia de um estudo reconheceram ter praticado ao menos uma.

Têm maior risco as mulheres solteiras, jovens ou com baixa escolaridade, com deficiência, vivendo com HIV/AIDS, moradoras de áreas rurais, migrantes e refugiadas. Em contextos humanitários, esses riscos se somam à falta de medicamentos e equipamentos, à sobrecarga, à insegurança, ao estresse e ao esgotamento dos profissionais, ao estigma contra grupos afetados por crises e às diferenças linguísticas e culturais.

Violência obstétrica em contextos humanitários

A segunda seção apresenta que a violência obstétrica decorre de uma interação complexa entre fatores sistêmicos, institucionais, comunitários e individuais, que são frequentemente agravados em emergências. Além disso, também apresenta os tipos de violência obstétrica e suas definições. A seguir, traduzimos os fatores subjacentes à violência obstétrica e seus tipos:

Fatores subjacentes

<u>Problemas estruturais dentro do sistema de saúde</u>

Equipes insuficientes, falta de treinamento e práticas ultrapassadas, como a episiotomia de rotina; desabastecimento de medicamentos e suprimentos essenciais; infraestrutura inadequada; déficits de financiamento; e lacunas na supervisão são fragilidades comuns dos sistemas de saúde, que podem se intensificar em tempos de crise. Os profissionais de saúde em contextos humanitários enfrentam desafios significativos, incluindo altos níveis de estresse,

aumento da carga de trabalho, medo e esgotamento (*burnout*), o que pode contribuir para o tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente de suas pacientes.

Ausência de mecanismos de responsabilização

Mesmo quando existem políticas ou protocolos, pode haver um descompasso entre eles e a forma como são implementados na prática. A violência obstétrica pode ser tão corriqueira que se torna normalizada entre mulheres e meninas que dão à luz em serviços de saúde. Os mecanismos de denúncia podem ser desconhecidos das pacientes, pouco amigáveis ou não confidenciais (ou percebidos como não confidenciais), o que inibe as mulheres de denunciar.

Normas e estereótipos sociais e de gênero

Normas e estereótipos sociais e de gênero preexistentes, relacionados à posição das mulheres na sociedade, às mães adolescentes ou solteiras, às pessoas de diferentes grupos étnicos e às pessoas de diversas orientações sexuais, identidades de gênero, expressões de gênero e características sexuais, contribuem para a violência obstétrica e podem ser amplificados em tempos de crise. Isso é ainda influenciado pelas relações desiguais de poder entre profissionais de saúde e mulheres, por estereótipos de gênero, por normas e práticas institucionais e por sistemas de saúde que nem sempre respeitam a autonomia, a dignidade e a tomada de decisão informada das mulheres.

Barreiras linguísticas e culturais

A migração forçada de populações deslocadas para áreas onde não falam o idioma, não conhecem a cultura ou as normas culturais, ou onde são indesejadas ou marginalizadas, pode contribuir para barreiras de comunicação, dificuldades para obter consentimento informado e sentimentos de intimidação ou desempoderamento. Os profissionais de saúde também podem ser deslocados de outras regiões e não conhecer o idioma local, os costumes ou o contexto. Profissionais que desconhecem ou não são sensíveis às normas e valores culturais de suas pacientes podem tratá-las de maneira que é (ou é percebida como) desrespeitosa ou abusiva. Vieses preexistentes em relação a determinadas populações podem se acentuar em tempos de crise, e isso pode ser agravado quando os profissionais estão sobrecarregados ou apressados durante emergências.

Tipos de violência obstétrica

A violência obstétrica pode se enquadrar em várias categorias: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, falha em atender aos padrões profissionais de cuidado, relacionamento precário entre mulheres e profissionais, e condições e restrições do sistema de saúde.

Abuso físico

Práticas abusivas ou maus-tratos físicos na atenção à saúde materna podem ter raízes em uma combinação de fatores, incluindo atitudes negativas, preconceito, vieses culturais, sobrecarga de trabalho e estresse entre os profissionais de saúde. Esse tipo de abuso inclui bater com as mãos ou com instrumentos, beliscar, chutar e usar contenções físicas para amarrar mulheres às camas ou amordaçá-las. Assim como esbofetear ou gritar com mulheres, forçando-as a posições de parto dolorosas e usando técnicas perigosas, como aplicar pás de madeira para empurrar o abdome da mulher durante o trabalho de parto.

Abuso sexual

O abuso sexual durante o trabalho de parto e o parto pode incluir comentários negativos feitos por profissionais de saúde sobre a atividade sexual ou a sexualidade da paciente, toques inapropriados e exames vaginais desnecessários. Agressão sexual, ou penetração da paciente obstétrica com um pênis ou outro objeto, também pode ocorrer.

Abuso verbal

Inclui gritos, ridicularização, ameaças, ou comentários depreciativos e discriminatórios que humilham as mulheres durante o parto. O abuso verbal reforça a desumanização das mulheres em trabalho de parto. O Relatório de 2019 da Relatora Especial sobre Violência contra a Mulher documenta relatos generalizados de mulheres sendo ridicularizadas, repreendidas e submetidas, por profissionais de saúde, a linguagem profundamente sexista. A menção no relatório de frases como "Você não gritou durante o sexo, então por que está gritando agora?" ou "Abra as pernas ou o seu bebê vai morrer, e a culpa será sua" são exemplos de abuso verbal e podem causar sofrimento emocional significativo, sendo também reconhecidas como forma de violência psicológica.

Falta de privacidade e confidencialidade

Com restrições de espaço devido à superlotação e ao uso de estruturas informais, como tendas e unidades móveis, em contextos humanitários, manter a confidencialidade, bem como a privacidade auditiva e visual, pode ser particularmente difícil. Mulheres relataram violações de privacidade e confidencialidade durante o trabalho de parto e o parto, incluindo exames vaginais realizados na presença de outras pessoas, em salas sem biombos ou com portas abertas, observação não autorizada por estudantes de medicina e a divulgação de informações sensíveis de saúde, como a condição de HIV, a terceiros.

Intervenções médicas não consentidas

Procedimentos realizados sem o consentimento direto e informado da paciente, ou sob condições de força ou coerção, negam à mulher o direito à autonomia corporal e são considerados violência obstétrica. Exemplos incluem a realização de cesarianas sem informar às mulheres os riscos e benefícios associados, a esterilização forçada ou não consentida, ou a administração de contracepção pós-parto sem o consentimento da paciente. No Quênia, as mulheres têm manifestado receio ou evitado dar à luz em unidades de saúde devido à preocupação de que os testes de HIV sejam realizados sem sua permissão e a Comunidade Internacional de Mulheres que Vivem com HIV documentou casos de esterilização forçada ou coercitiva de mulheres que vivem com HIV em muitos países da África, Ásia, Europa e América Latina.

Negação ou atraso do cuidado

Mulheres podem ter a admissão recusada em serviços de maternidade, ou ser ignoradas ou inadequadamente monitoradas durante o trabalho de parto e puerpério, o que contribui para o atraso no reconhecimento e no tratamento de complicações. Em um estudo realizado na Faixa de Gaza e na Cisjordânia, as participantes relataram que recursos limitados e atrasos em postos de controle militares restringiram o transporte de mulheres em trabalho de parto e bloquearam seu acesso a hospitais, levando ao aumento de partos domiciliares, de partos nos próprios postos de controle militares e aumento de mortes maternas. Um estudo publicado em

2024 pelo Centro de Assuntos da Mulher — Gaza destaca a destruição de serviços de saúde que prestam assistência à maternidade, o que reduziu a acessibilidade de locais seguros para parir. O mesmo estudo cita mulheres palestinas que passaram pelo trabalho de parto e parto com manejo inadequado da dor, ou que receberam alta com seus recém-nascidos imediatamente após o parto, sem informações adequadas sobre cuidados com o recém-nascido ou lactação, nem apoio psicológico.

Negligência e abandono

Em contextos de crise, a discriminação, a alta demanda de pacientes e a limitação de pessoal e suprimentos podem agravar o risco de a mulher ser deixada sem atendimento durante o trabalho de parto, ter negado o acompanhamento por familiar ou cuidador, ou ser privada de cuidados básicos, como monitoramento do trabalho de parto e manejo da dor. Em um estudo qualitativo em dois campos de refugiados no Chade, mulheres relataram ter sido deixadas sem atendimento em centros de saúde, muitas vezes por períodos prolongados. Algumas que chegaram em trabalho de parto não foram atendidas prontamente por causa da superlotação, sentindo-se negligenciadas e esquecidas.

Essas tipologias reproduzem a de Bohren et al. (2015), que organiza a literatura sobre maus-tratos no parto. A novidade do guia é inscrevê-la no campo da VBG e das crises humanitárias, e não a criação de uma taxonomia nova.

Cuidado materno respeitoso (RMC)

Apresentado como a "solução" para prevenir e enfrentar a violência obstétrica, o RMC é definido como o cuidado que assegura a dignidade, a privacidade e a confidencialidade das mulheres, livre de danos e maus-tratos, permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o parto. Ancora-se nos direitos humanos e promove um cuidado digno, equitativo e centrado na pessoa na gestação, no parto e no puerpério. Seus pilares são o consentimento informado, a não discriminação e a confidencialidade, fortalecidos pela decisão compartilhada e pela comunicação efetiva. Incorporá-lo aos programas humanitários pode ampliar o acesso, a qualidade e a utilização dos serviços, melhorar a prestação de contas às populações afetadas e promover a proteção.

Com base no documento do IAWG (2022), as intervenções se organizam em três níveis:

- Mulheres e comunidades: conscientização sobre o direito ao RMC, apoio à advocacia local e mensagens contextualizadas e culturalmente adequadas.
- Profissionais de saúde: competência cultural, formação e sensibilização sobre consentimento informado, confidencialidade e cuidado digno, inclusive para populações afetadas, comunidades anfitriãs e grupos marginalizados.
- Sistemas de saúde:
    - adaptar estruturas para garantir privacidade e confidencialidade;
    - ampliar a atuação e o deslocamento de parteiras;
    - assegurar água, saneamento e higiene (WASH) nos serviços;
    - instituir e fazer cumprir protocolos de consentimento informado e de qualidade (manejo da dor, monitoramento regular);

- permitir acompanhantes no trabalho de parto e no pós-parto imediato;
- fortalecer mecanismos de retorno (*feedback*) nos pontos de atendimento.

O guia remete ao *Compendium on Respectful Maternal and Newborn Care* (OMS, 2025) para aprofundamento.

Recomendações

As recomendações se dirigem sobretudo a atores humanitários de SSR e VBG e se organizam em dois eixos:

Coordenação humanitária

- Fortalecer a coordenação entre atores de saúde, SSR, VBG e saúde mental e apoio psicossocial;
- Definir os fluxos conforme a natureza do incidente e as necessidades e preferências da vítima.

Integração em iniciativas de SSR e VBG

- Reconhecer a violência obstétrica como forma de VBG, com mecanismos de notificação e apoio funcionais, incluindo rotas de referência e gestão de casos de VBG;
- Realizar avaliações conjuntas em SSR e VBG das unidades de saúde, quanto a privacidade, confidencialidade e consentimento;
- Atuar sobre os fatores do sistema (equipes, superlotação, insumos) e priorizar serviços de qualidade;
- Apoiar mecanismos discretos e confidenciais de denúncia, ligados às rotas de referência;
- Garantir investigação das denúncias e responsabilização dos profissionais;
- Defender a integração do RMC nos currículos nacionais de obstetrícia/parteira (formação inicial e continuada);
- Incorporar violência obstétrica e RMC nas capacitações e orientações pré-implantação para profissionais e gestores;
- Promover reflexão estruturada e treinamento sobre cuidado respeitoso, consentimento informado, não discriminação e vieses dos profissionais;
- Fortalecer habilidades de saúde mental e apoio psicossocial (escuta ativa, empatia, respeito) na linha de frente;
- Realizar campanhas integradas de conscientização e apoiar a exibição da Carta do Cuidado Materno Respeitoso nas línguas locais e em formato pictórico, em contextos de baixa alfabetização.

Considerações finais

O documento reafirma que toda mulher tem direito a um cuidado materno seguro, respeitoso e digno, inclusive em crises, e que estas reforçam a responsabilidade dos atores humanitários. As práticas nocivas podem decorrer de atos individuais, práticas institucionais e falhas sistêmicas, e são agravadas por sistemas sobrecarregados, falta de pessoal, estresse e esgotamento, infraestrutura inadequada, insegurança, discriminação e baixa responsabilização.

A resposta exige ação coordenada entre saúde e VBG:

- fortalecer o cuidado materno respeitoso (RMC);
- integrar prevenção e resposta nos programas;
- apoiar os profissionais com treinamento, supervisão e bem-estar;
- estabelecer fluxos seguros;
- garantir mecanismos acessíveis e confidenciais de denúncia e responsabilização.

A assistência humanitária não pode viabilizar, tolerar ou reforçar inadvertidamente práticas nocivas, e os programas devem ser desenhados e monitorados para identificar e mitigar o risco de violência obstétrica, em coerência com o princípio de "não causar dano". Prevenir a violência obstétrica é essencial para a saúde materna e neonatal e para a igualdade de gênero e a confiança nos serviços.

O guia do UNFPA tem valor sobretudo conceitual e programático. Ele insere a violência obstétrica na agenda humanitária e a vincula à VBG e à violência reprodutiva, com definições operacionais e uma lista concreta de ações para o sistema humanitário. Para quem trabalha com qualidade da atenção materna e neonatal, o guia é útil como ponte entre o debate sobre humanização do parto e a agenda de VBG e de saúde global.

Referência

UNFPA. *Preventing and addressing obstetric violence in humanitarian contexts.* Geneva: UNFPA, Humanitarian Response Division, out. 2026. Disponível em: https://www.unfpa.org/publications/preventing-and-addressing-obstetric-violence-humanitarian-contexts