

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CESÁREAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
uma violação aos direitos fundamentais da mulher**

**THE INSTITUTIONALIZATION OF CESAREAN SECTIONS AND OBSTETRIC
VIOLENCE: a violation of women's fundamental rights**

Joyce Dhallynne Coêlho de Sousa Santos¹

Amanda Silva Madureira²

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade analisar, a partir do entendimento sobre direito reprodutivos e direito à saúde da mulher, como a institucionalização das cesáreas pode configurar violência obstétrica e violar os direitos fundamentais das parturientes. Partiu-se da construção do direito à saúde da mulher desde o âmbito internacional ao nacional. A seguir, discorreu-se sobre a violência obstétrica e as suas formas e o cenário no país em relação a efetividade dos direitos das parturientes. Dessa maneira, utilizou-se o método hipotético-dedutivo e, como procedimento de pesquisa, o bibliográfico e universal.

Palavras-chaves: Direito à saúde. Saúde reprodutiva. Violência Obstétrica. Cesáreas eletivas.

ABSTRACT

This article aims to analyze, from the understanding of reproductive rights and women's right to health, how the institutionalization of cesarean sections may constitute obstetric violence and violate the fundamental rights of women in labor. The construction of the right to women's health, from the international to the national sphere, was started. Then, obstetric violence and its forms were discussed, as well as the scenario in the country regarding the effectiveness of the rights of parturients. Thus, the hypothetical-deductive method was used and, as research procedure, the bibliographical and universal.

Keywords: Right to Health. Reproductive Health. Obstetric Violence. Elective Cesarean Section

1 INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa o segundo lugar entre os países que mais realizam cesáreas, possuindo uma taxa de 55,7%, estando em situação preocupante em relação ao percentual limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde de 10% a 15%, que é considerado um limite aceitável para concluir que a intervenção cirúrgica está sendo utilizada dentro das hipóteses clínicas necessárias e, dessa forma, vindo a contribuir com à saúde da mulher e com a redução da mortalidade materna.

Nessa perspectiva, o presente trabalho parte da seguinte problematização: Em que medida a institucionalização das cesáreas pode refletir na violência obstétrica em relação a mulher?

Para responder à presente indagação buscou-se discorrer sobre a violência obstétrica como uma forma de violação ao direito à saúde reprodutiva da mulher, uma vez que se configura pelos abusos e intervenções não recomendadas realizadas durante a assistência no período gravídico puerperal e nos casos de abortamento e que podem se manifestar por meio de práticas de cunho físico, sexual, verbal, psicológicas e outras.

Ao final, apresenta-se o cenário do país em relação a institucionalização das cesáreas eletivas na prática obstétrica, que está atrelada a diversos fatores que se tornam obstáculos a efetivação do direito à saúde da mulher, uma que vez, guiam a intervenção cirúrgica para algo comum com base em razões não clínicas, quando o seu objetivo seria ser utilizada de forma excepcional nas situações em que necessitasse salvar a vida das mães e bebês.

Registra-se que o presente trabalho fez uso do método descritivo e exploratório e, como procedimento de pesquisa, a pesquisa bibliográfica e documental.

2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS FORMAS

A violência Obstétrica é mais uma forma de violência específica praticada contra as mulheres, definida pelo momento específico em que é praticada, sendo durante o ciclo gravídico-puerperal e nos casos de aborto. O primeiro país a utilizar a referida denominação, bem como a tratar sobre o assunto na legislação pátria foi a Venezuela, logo em seguida servindo de base para demais países, como a Argentina, que atribui um conceito para a violência obstétrica no mesmo sentido que o país pioneiro no assunto.

No Brasil, não há legislação federal que venha a apresentar o conceito legal, suas formas e criminalização dos atos que configuram violência obstétrica. O tema é tratado em alguns programas dos órgãos de saúde, projetos de lei, entre eles, PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano; PL 7867/17, da deputada Jô Moraes; e 7633/14, do deputado Jean Wyllys (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017). Ademais, existem leis municipais que versam sobre o

assunto, entre elas, a lei nº 3.363/2013 do município de Diadema no Estado de São Paulo.

Dessa forma, a referida violência estará caracterizada quando praticados atos abusivos, decorrentes de ações ou omissões que resultem em dores e sofrimentos que poderiam ser evitados, em desfavor das mulheres gestante durante o período compreendidos desde os primeiros momentos do pré-natal até a realização do parto e na assistência ao aborto.

Quando se pensa em violência obstétrica estamos diante de mais uma forma de violência de gênero, visto que é praticada contra a mulher, pela sua simples condição de ser mulher e ainda por ser “majoritariamente mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal e, portanto, é o corpo feminino que é subjugado e objeto de interferências e práticas realizadas sem o consentimento da gestante ou parturiente” (MARQUES,2020, p. 102). Além disso, também está ligada ao contexto histórico e social a que a mulher esteve exposta durante anos, caracterizado como “machista e patriarcal, enxergando-a como objeto das ações de outrem, em uma postura ideal sempre passiva e submissa, sem a possibilidade efetiva de manifestar livremente suas vontades e preferências.” (SANTOS,2016, não paginado). Ademais, existem grupos de mulheres que estão mais favoráveis a serem vítimas dessa violência, como é o caso das mulheres negras, indígenas, empobrecidas, portadoras de doenças sexualmente transmissíveis e outras que, historicamente, foram tratadas em situação de inferioridade.

A violência obstétrica pode ser caracterizada por diversas formas, dentre elas, os atos de caráter físico, verbal, psicológico, sexual, institucional e violação direta a preceitos legais. Na maioria das vezes, essas práticas estão relacionadas a procedimento sem respaldo científico que garantem a aceleração do parto ou adoção de procedimento sem o consentimento da parturiente, uso abusivo de farmacológicos, maus-tratos ou negligência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), mulheres do mundo inteiro experimentam algum tipo de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. No Brasil, conforme os resultados obtidos pela Fundação Perseu Abramo, em 2011, pelo menos uma em relação a quatro mulheres já haviam sofrido algum abuso durante o trabalho de parto.

A violência obstétrica como uma forma de violência institucional, está configurada por possuir como principais sujeitos ativos as equipes de saúde, sejam eles dos serviços públicos ou privados, que fazem parte do atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal e nos casos de abortamento. Além disso, as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde desde os primeiros atendimentos no pré-natal e demais falhas no sistema de saúde como um todo contribuem para esse entendimento. Segundo Macedo (2018, p.55), estes tipos de violência podem ser reconhecidos através de diversas formas, sejam elas a “falta de acesso à saúde, pela má prestação de serviços, falta de escuta, negligência e maus tratos dos profissionais motivados por qualquer forma de discriminação [...]”. Em suma, trata-se de violência institucional pelos obstáculos postos diante da mulher na busca por um atendimento de qualidade e respeito aos seus direitos.

A manobra de Kristeller é uma recorrente violação física, que consiste em uma pressão exercida pelo profissional da saúde sobre o útero da mulher para contribuir com a saída do nascituro, no entanto, esse procedimento poderá resultar em lesões graves para a parturiente e para o nascituro. Nesse sentido, a OMS (2018, p. 155, tradução nossa) dispõe que o uso da “pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante a segunda fase do trabalho de parto não é recomendado”. Em razão das preocupações com os danos potenciais à mãe e ao bebê que o procedimento pode causar. Observa-se que há clara recomendação no sentido que essa manobra não seja realizada em razão das graves complicações que pode causar, além de submeter a mulher a dores e traumas evitáveis.

A realização da episiotomia, que consiste em um corte realizado entre a região da vagina e anus da parturiente, com o objetivo facilitar a passagem do nascituro, está entre as formas de violência obstétrica e possui recomendação no sentido de que seja realizada apenas de maneira excepcional, conforme a recomendações publicadas pela Organização Mundial da saúde, no ano de 2018, na recomendação 39, com o objetivo de reduzir as intervenções médicas desnecessárias.

Assim, não resta dúvidas de que tal procedimento só poderá ser utilizado como último recurso para contribuir com a passagem do bebê, em caso de necessidades incontestáveis, visto que pode resultar em danos físicos, dores, e

traumas para a mulher e a sua realização de forma diversa resultará em consequências negativas para a parturiente e caracterizar a violência ora tratada.

Além disso, outra questão polêmica que está ligada a episiotomia, é o procedimento conhecido popularmente como “ponto do Marido”, em que durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado para garantir o prazer do homem durante o ato sexual. Esse procedimento é mais uma clara violação ao corpo e direitos femininos, pois seus interesses são ignorados para garantir o prazer do homem, além da dor que a mulher é submetida, em razão da sua realização, em alguns casos, sem anestesia.

Ademais, o uso de ocitocina de forma desnecessária para aceleração do processo também configura uma violação aos direitos da parturiente. A ocitocina é um hormônio, popularmente conhecido como “Hormônio do Amor”, ocorre que, a ocitocina é produzida naturalmente pelo corpo da mulher que tem como atuação principal a facilitação das contrações dos músculos durante o parto.

A opção pela realização da cesárea eletiva também pode configurar prática de Violência Obstétrica, isso porque, o procedimento deve ser utilizado de forma excepcional, dentro das hipóteses científicas possíveis, no entanto, na maioria dos casos é realizada sem se tratar de uma hipótese clínica ou sem o consentimento da mulher, vindo a ser “agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência” (CIELLO *et al.*, 2012, p.112). Além disso, pode ocorrer por simples conveniência médica, em razão dos benefícios que pode vir a proporcionar ao profissional e para as instituições de saúde, visto que se trata de um procedimento mais rápido e mais caro. Em certas situações, é comum a tentativa de “dissuasão da mulher quanto à necessidade da cirurgia por parte dos médicos obstetras, comumente resvalando em coação” (MACEDO, 2018, p.26).

Além das práticas acima tratadas, também se inclui como violações físicas a parturiente, restrições nos movimentos e na alimentação, a tricotomia que consiste raspagem dos pelos pubianos antes do procedimento, segundo a OMS (2018, p.68, tradução nossa) somente é admitida quando se trata de uma livre escolha da mulher, devendo esta ser aconselhada a realizar em local e por alguém que lhe faça sentir confortável. Outra hipótese é a lavagem intestinal,

utilizada muitas vezes sob o argumento de que contribui para a aceleração do parto, no entanto, esse argumento não encontra respaldo na ciência para a realização, inclusive, sendo considerado pela Organização Mundial da saúde (2018, p.68, tradução nossa) um procedimento considerado invasivo e associado a desconforto para as mulheres.

De acordo com uma pesquisa da Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, realizada entre 2011 e 2012, pela Fundação Oswaldo Cruz, as intervenções médicas e sua porcentagem foram registradas da seguinte forma: Uso de ocitocina (36.4%), Manobra de Kristeller (36,1%) Episiotomia (53,5%), litotomia (91,7%), Cesárea (52%), alimentação em apenas (25,2%) dos casos e apenas 5% das parturientes tiveram o procedimento realizado sem quaisquer intervenções. Tais dados representam o quanto essas práticas são comuns no cenário obstétrico do país.

Além das condutas físicas, a violência obstétrica também pode estar caracterizada por meio de violência psicológica, através de atos que provocam na parturiente sentidos de abandono, insegurança, inferioridade, medo. ‘São tipos de violência que se enquadram na violência obstétrica sob seu aspecto psicológico: a omissão de informações ou comunicações ininteligíveis e técnicas, desrespeito ou ofensa aos seus padrões culturais, chacotas, ironias e ameaças” (MACEDO, 2018, p.13). Arelado a essa forma de violência, também estão as práticas de cunho verbal, que são manifestadas por meio de comentários inoportunos, gritos, tons de voz grosseiros e irônicos. De acordo com uma pesquisa publicada em 2011 pela Fundação Perseu Abramo, pelo menos um em cada quatro mulheres entrevistadas ouviram as seguintes frases: “não chora que ano que vem você está aqui de novo”, “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe”, “se gritar eu paro e não vou te atender”, “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo”. Todas essas situações aumentam o estado de vulnerabilidade da mulher, que pode influenciar em dificuldades durante o trabalho de parto, inclusive, contribuindo para outros abusos possam ser cometidos.

Vale ressaltar ainda, que o desrespeito aos preceitos da lei nº 11.108/2005, mais conhecida como lei do acompanhante, também é considerada uma forma de violência obstétrica. A lei garante a gestante a livre escolha de um acompanhante, que poderá estar presente durante todo o

procedimento do parto, seja vaginal ou por intervenção, e pós-parto, dessa forma, a lei visa assegurar um ambiente seguro e familiar no decorrer do trabalho de parto, além de garantir que abusos não sejam cometidos durante a sua realização. No entanto, o que se percebe é uma prática institucionalizada nos hospitais, no sentido de não permitir a entrada do acompanhante ou não garantir esse direito de maneira plena, respeitando aquilo que está previsto em lei (ALMEIDA; BARBOSA RAMOS, 2020). Segundo a pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, realizada durante o período de 2011 a 2012, apenas 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação. O que nos leva a concluir que esse direito não está sendo garantido de forma plena.

Quantos aos atos de cunho sexual, pode se considerar violência obstétrica todas aquelas práticas que violem a intimidade sexual da parturiente, mesmo que não haja acesso aos seus órgãos íntimos. Dessa forma, são os principais exemplos da violência obstétrica de cunho sexual a episiotomia, o assédio, exame de toques invasivos e excessivos e dos mamilos sem esclarecimento ou consentimento, a lavagem intestinal e a cesariana sem consentimento informado. (MACEDO, 2018)

As práticas violadoras não se resumem aos momentos do atendimento ou trabalho de parto, mas também aos casos em que a mulher busca os serviços de saúde após sofrerem um aborto, seja ele espontâneo ou não. Nesses casos, a violência obstétrica se caracteriza pela negativa ou demora no atendimento, questionamentos sobre a causa do aborto se ocorreu de forma intencional ou não, realização de procedimento invasivos e sem consentimento, ameaças, acusações e culpabilização da mulher, coação com a finalidade de confissão da prática, ou denúncia à polícia. (DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO, 2013, não paginado)

Nessas situações, espera-se atendimento adequado, imparcial e humanizado, que respeite a liberdade e dignidade da mulher, no entanto, novamente preceitos sociais, de estereótipos, culturais e religiosos são colocados em pauta e, dessa forma, resultam em abusos cometidos contra as mulheres e barram a efetividades dos seus direitos já conquistados.

Diante de todas as diversidades aqui tratadas e outros que vierem a ser práticas durante o período gravídico-puerperal e nas situações de abortamento,

não restam dúvidas sobre a violação dos direitos à saúde, direitos reprodutivos além da integridade física e psicológica das vítimas. Todos esses abusos cometidos durante o parto foram equiparados como violações aos direitos humanos da mulher em 2014 pela Organização Mundial da Saúde, inclusive, a referida organização reconhece como direitos das gestantes “de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva” (OMS,2014, p.2). Assim, todo o sistema de saúde deve ser guiado através desses direitos para que se evite a continuidade das violações aos direitos das mulheres.

No entanto, a falta de conhecimento sobre seus direitos, sobre os procedimentos e confiança depositada nos profissionais, pensadas em conjuntos com o medo e inseguranças em relação à gravidez e ao parto, acabam influenciando as mulheres a ceder às pressões expostas o que torna essas práticas cada vez mais comuns.

3 OS CENÁRIOS PROSPECTIVOS NOS DIREITOS DA PARTURIENTE

A comunidade médica internacional e demais órgãos de saúde concordam que “a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos” (OMS, 2015, p.1). Ou seja, o procedimento quando realizado dentro das necessidades clínicas, amparada por evidências científicas pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal (OMS, 2015). No entanto, quando realizada em condições adversas, pode resultar em agravados de curto e logo prazo para à saúde das mães e dos bebês, bem como o aumento da mortalidade.

A Organização Mundial da Saúde, desde 1985, recomenda que a taxa ideal de cesárea está entre 10% e 15% em nível populacional e os valores acima desse percentual não estariam contribuindo para a redução da mortalidade e morbidade materna (OMS, 2015). Em direção contrária as recomendações, os dados brasileiros apresentam taxas acima desse percentual, o que, inclusive, o coloca em uma posição preocupante. De acordo um estudo realizado por Betran *et al.* (2021, tradução nossa), o país encontra-se em segundo lugar entre os cinco países que mais realizaram o procedimento, com um percentual de 55,7%. Através desse estudo, podemos perceber o quanto estamos distantes de

atender as recomendações internacionais e contribuir para a redução da mortalidade e demais agravos na saúde das mulheres.

Segundo a pesquisa Nascer, no Brasil (2019, p.3) a cesárea foi adotada em 52% dos nascimentos e no âmbito do setor privado o procedimento foi adotado em 88% dos nascimentos e no setor público em 43%, dos casos. Os dados da Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) demonstram que esse cenário continua, principalmente, no sistema de saúde suplementar. Segundo a Agência, em 2019, o percentual de parto cesárea realizado nesse setor foi de 69,97%, entre esse percentual, 56,71% aconteceu antes do início de trabalho de parto, enquanto os partos vaginas acontecerem em apenas 30,06% dos casos. Observa-se que os percentuais são altos em ambos os setores de saúde, no entanto, torna-se mais alarmante no setor suplementar.

Os dados apresentados estão em sentido contrário ao desejo que a maioria das mulheres manifestam no início da gravidez. Segundo um estudo realizado a partir da pesquisa Nascer no Brasil, 66% das mulheres preferem um parto vaginal no início da gravidez. Porém, essa decisão não se manteve ao final, isso porque não houve apoio ou incentivo pelos profissionais durante a assistência ao pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Para entender melhor o grande percentual de realização das cesáreas e essa distorção entre o procedimento que é realizado e o verdadeiro desejo das mulheres é preciso considerar a existência de alguns fatores. Segundo Tesser *et al.* (2015) são fatores que contribuem para o elevado número de realização de cesáreas eletivas podem ser relativos às parturientes; fatores culturais gerais (pressão da cultura da cesárea influenciando médicos, parturientes e sociedade em geral), organização do modelo de assistência ao parto e fatores relativos aos médicos. Logo, percebe-se que tais fatores não estão voltados as necessidades clínicas que tornam indispensável o uso do procedimento.

A relação entre médico e paciente se torna um fator importante na escolha do tipo de parto, visto que este aconselhará a gestante durante todo o período gravídico-puerperal. De acordo com Rocha e Ferreira (2020), essa relação é considerada “assimétrica”, isso porque é mediada pela supervalorização do conhecimento técnico dotado pelos profissionais de saúde, que presume o não saber da mulher, desconsiderando sua capacidade de participar do próprio processo fisiológico. Através desse entendimento, percebemos que dentro

dessa relação há um contexto favorável para que o médico intervenha na escolha do tipo de parto. Ainda, segundo Rocha e Ferreira (2020, p.561), é possível perceber na fala das próprias mulheres a sujeição à cesárea por indicação médica, uma vez que durante os atendimentos no decorrer da gestação, argumentos técnicos são utilizados para que a cesárea seja aceita pela gestante, como por exemplo, “‘bebê grande’, ‘bacia pequena’, ‘cordão enrolado’, ‘bebê atravessado’, ‘pouco líquido’, ‘muito líquido’, ‘dificuldade de dilatação’”. Assim, torna-se perfeitamente possível que esse aconselhamento seja direcionado a realização de uma cesariana.

Ademais, podemos perceber vários benefícios na realização da cesárea para esses profissionais e para as instituições de saúde. Esse procedimento pode ser realizado de forma mais rápida em relação ao parto vaginal, inclusive, com a possibilidade de ser previamente agendado, o que o torna muito “conveniente para o/a obstetra, uma vez que permite desdobramentos econômicos com a possibilidade de melhor administrar as suas outras atividades remuneradas e o seu tempo de lazer” (BRASILEIRO;PEREIRA, 2021, não paginado). Exemplo de que o prévio agendamento e a curta duração resultam em conveniências para os profissionais da saúde, são os agendamentos realizados entre “segunda-feira e sexta-feira, várias pacientes de um mesmo médico com cesáreas agendadas para um mesmo dia que serão realizadas uma seguida da outra e mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano” (CIELLO *et al.* 2012, p. 115). Logo, percebe-se que há uma adaptação na realização do procedimento ao seu favor.

Aliado a isso, aspectos relacionados ao ensino e a prática obstétrica também podem estar relacionados à problemática. Na formação desses profissionais há uma insistência em reproduzir práticas antigas e desconsiderar os conhecimentos científicos atuais, assim acabam “abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação” (DINIZ, 2016, p.254). Além disso, é possível que médicos podem não estar desenvolvendo e exercitando habilidades clínicas para acompanhar um parto normal sem intervenções cirúrgicas, o que na ocorrência de quaisquer complicações recorreram à cirurgia para a solução (TESSER *et al.*,2015, p.6). Essas práticas contribuem para que as intervenções cirúrgicas sejam mais recorrentes e que

esse modo de atuação seja repassado para novas gerações, o que torna difícil a mudança no quadro atual do país.

Outrossim, há fatores relacionados as próprias parturientes, pois há uma “crença histórica e errônea de que tem impacto na diminuição da mortalidade perinatal, medo do parto normal e experiências negativas com partos anteriores” (TESSER *et al.*, 2015, p.5). Segundo um estudo realizado por Rocha e Ferreira (2020), a maioria das mulheres entrevistadas definem o parto vaginal como um evento incontrolável, sangrento, doloroso e arriscado. A partir dessa definição, a cesárea torna-se “a solução de todos os problemas, naturalizando-se como a via mais segura de nascer, enquanto, muitas vezes, seu risco é ignorado e desconhecido.” (ROCHA;FERREIRA, 2020, p.564). Através do estudo realizado por Domingues *et.al* (2014), a maioria das entrevistadas relataram não escolher o parto vaginal por medo das dores ou pela forma em que o parto é conduzido. Nesse contexto, espera-se recomendações médicas no sentido de desconstituir tais crenças, no entanto, cria-se um cenário favorável para que outros fatores se sobreponham e a cesárea seja o procedimento mais realizado.

Os fatores socioeconômicos também são relevantes, visto que a maioria das pesquisas demonstram que o número de cesárea é maior no setor privado, em que as mulheres atendidas são aquelas que possuem melhores condições e acesso a serviços mais adequados. Segundo um estudo realizado por Domingues *et al.* (2014), um maior número de mulheres do setor privado considera a cesárea um procedimento mais seguro para os bebês e um menor número considerou os riscos negativos da cesariana para preferir o parto vaginal, além disso, a possibilidade de agendar o parto e ter um profissional conhecido foram os aspectos mais mencionados por essas mulheres. Logo, percebe-se através desse estudo, que a realização da cesárea não está ligada a hipóteses clínicas, mas um cenário de “banalização das indicações de cesariana” (DOMINGUES *et al.* 2014, p. 112).

Diante disso, podemos perceber que a escolha pela via do parto é influenciada por diversos fatores atribuídos aos profissionais de saúde, que tendem a não apoiar a decisão inicial da maioria das mulheres em realizar um parto vaginal e criam um cenário ideal para aquilo que melhor lhe convém. No setor privado, essa influência é ainda mais presente, visto que à possibilidade da gestante ser acompanhada pelo mesmo profissional durante todo pré-natal.

Conforme o estudo de Domingues *et al.* (2014, p.112), nesse setor, 80% das mulheres são acompanhadas pelo mesmo médico durante a gestação até o momento do parto, o que sugere um “aconselhamento favorável à cesárea”, o que nos leva a compreender por que as maiores taxas de cesáreas estão nesse setor.

Isto posto, resta claro que as altas taxas de cesáreas estão relacionadas a motivos não clínicos que criam o que muitas vezes é denominado de cultura das cesáreas ou epidemia das cesáreas que é vivenciado a muito tempo pelo país, o que torna a sua realização uma preocupação em relação aos direitos das mulheres, principalmente, no tange ao respeito ao seu processo reprodutivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica consiste em abusos praticados durante a assistência ao ciclo gravídico puerperal da mulher que se manifestam por meio de intervenções não recomendadas ou sem necessidades clínicas que causam dor, traumas e agravos à saúde. Uma das formas que caracterizam a violência obstétrica é a cesárea eletiva, quando realizada sem que haja uma necessidade clínica, na maioria das vezes, por conveniência ou interesse dos profissionais da saúde.

De acordo com os dados apresentados, a cesárea tem sido o procedimento comum na prática obstétrica, quando deveria ser adotada apenas em situações que houvesse a necessidade de intervenções médicas, visto que seu uso de forma desnecessária pode resultar em riscos potenciais à saúde da mulher. Isto posto, percebe-se que há grave negligência à saúde da mulher, visto que a assistência recebida não está voltada a diminuir os riscos e agravos.

Diante desse cenário, percebe-se que apesar de toda proteção por meio de políticas de saúde e no ordenamento jurídico nacional e internacional, há clara violação aos direitos fundamentais da mulher, principalmente, aos direitos reprodutivos que são parte inerentes ao direito à saúde, e por isso, a sua proteção se dá pela forma que a mulher é assistida durante a gestação e parto, sendo os principais garantidores os profissionais da saúde, aqui pensados os que compõem o setor privado e público.

Por essa razão, é imprescindível a ampliação dos debates sobre o tema para que se torne visível por toda a sociedade, nesses casos, a informação é o

principal fator para coibir tais violações, tornando possível identificá-la, assim é importante a criação de campanhas de conscientização, ampliação de canais de denúncias e informações, atuação legislativa específica voltada a violência obstétrica, incentivos dentro dos estudos e da prática obstétricas ao respeito ao processo fisiológico do parto e ao protagonismo da parturiente, utilização de técnicas com bases científicas atuais, orientações adequadas sobre os riscos e benefícios de cada procedimento adotado, tudo de forma a assegurar que os direitos fundamentais da mulher sejam respeitados durante esse período em que ela se encontra mais vulnerável.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. de O. de; BARBOSA RAMOS, E. M. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 12–27, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/643>. Acesso em: 06 de abr. 2022

BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER A.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>. Acessado em: 22 de abr. 2022

BRASIL. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 05 de maio 2022

BRASILEIRO, A. C. M.; PEREIRA, F. A. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes?. **Revista do Instituto de Ciências Penais**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 185–222, 2021. Disponível em: <http://www.ricp.org.br/index.php/revista/article/view/42>. Acesso em: 20 de abr. 2022

CÂMARA DOS DEPUTADOS, **Três projetos de lei sobre violência obstétrica tramitam em conjunto na câmara**, 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/radioagencia/522300-tres-projetos-de-lei-sobre-violencia-obstetrica-tramitam-em-conjunto-na-camara/>. Acesso em: 16 de abr. 2022

CIELLO, C. *et al.* **Violência obstétrica “parirás com dor”**, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2022

DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO DE PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**, 2013. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acessado em: 05 de maio 2022

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZO, H. F.; CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde, **Notas Breves**, v.20, n.56, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tw8sGwjMqQFft7wgcR9mPq/abstract/?lang=pt> Acesso em: 22 de abr. 2022

DOMINGUES, R. S. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E. P.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNJNLzstXTQngsj/?lang=pt> Acessado em: 23/04/2022

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto**, 2011. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2011/02/11/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto/>. Acesso em: 14/04/2022

MACEDO, T. R. C. **A violência obstétrica como violência institucional de gênero: uma leitura crítica e feminista**. 2018. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/6138>. Acesso em: 10 de abr. 2022

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 06 de abr. 2022

NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e nascimento (2011 a 2012)**, 2019. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil Acesso em: 14 de abr. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=26789C68CD06525E82195CBADED19FDC?sequence=3. Acesso em: 17 de abr. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014.

Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf, Acesso em 10 de abr. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 13 de abr. 2022

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via do parto e autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 44, n.125, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxhL>. Acesso em: 13 de abr. 2022

SANTOS, A. M. M. **Violência obstétrica: relações entre gênero e poder**, 2016. Disponível em: https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=16211. Acesso em: 10 de abr. 2022

SÃO PAULO, **Lei Municipal nº 3.363**, de 1º de outubro de 2013. Disponível em: https://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313. Acesso em: 04 de abr. 2022

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 13 de abr. 2022