

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CESARIANAS: AUTONOMIA, CONSENTIMENTO E SEGURANÇA CIRÚRGICA

Bheatriz Brasil Gomes de Souza¹; 1 Acadêmica de enfermagem, Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), Manaus, Amazonas

(bheatrizbrasil@gmail.com)

RESUMO

A violência obstétrica associada à cesariana configura problema ético e assistencial relevante, especialmente quando decisões cirúrgicas ocorrem sem comunicação adequada, consentimento esclarecido ou participação efetiva da gestante. Objetivou-se analisar criticamente manifestações de desrespeito e perda de autonomia no contexto cirúrgico-obstétrico e suas implicações para a prática profissional. Realizou-se revisão integrativa com síntese narrativa, a partir de buscas nas bases PubMed, BVS, LILACS e SciELO, utilizando descritores DeCS/MeSH relacionados à cesariana, consentimento informado, segurança da paciente e cuidado respeitoso. Foram identificados 126 estudos, dos quais 11 compuseram a análise final após critérios de elegibilidade. Os achados evidenciaram recorrência de cuidado não consentido, comunicação insuficiente, assimetria decisória e fragilidade institucional no acolhimento das mulheres durante o perioperatório obstétrico. Conclui-se que segurança cirúrgica envolve competência técnica, respeito à autonomia, decisão compartilhada e cultura assistencial centrada na dignidade da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Consentimento informado. Decisão compartilhada. Segurança do paciente.

ÁREA TEMÁTICA: Cirurgias Obstétricas e Ginecológicas.

INTRODUÇÃO

A cesariana é recurso cirúrgico essencial quando bem indicada, com impacto direto na redução de riscos maternos e perinatais. Contudo, mesmo tecnicamente necessária, pode ser vivenciada como experiência traumática quando a mulher é excluída das decisões sobre o próprio corpo. A literatura recente descreve a violência obstétrica como fenômeno multifatorial, relacionado a intervenções sem consentimento, falhas comunicacionais, abuso verbal, negligência, discriminação e perda de dignidade no cuidado. No Brasil, Mesenburg et al. (2018) identificaram desrespeito ou abuso em 18,3% das puérperas avaliadas; já Leite et al. (2025), na Pesquisa Nascer no Brasil II, estimaram prevalência de 65,3% no estado do Rio de Janeiro. Diante disso, objetivou-se analisar criticamente manifestações da violência obstétrica em cesarianas, enfatizando autonomia, consentimento informado, decisão compartilhada e segurança cirúrgica.

METODOLOGIA

Realizou-se revisão integrativa da literatura, de caráter crítico-reflexivo e síntese narrativa, orientada pela questão: como a violência obstétrica se manifesta no contexto cirúrgico da cesariana e quais implicações éticas e assistenciais repercutem na segurança da paciente? As buscas ocorreram entre março e abril de 2026 nas bases PubMed, BVS, LILACS e SciELO, utilizando os descritores DeCS/MeSH “cesarean section”, “obstetric violence”, “informed consent”, “patient safety”, “shared decision-making” e “respectful maternity care”, combinados por AND e OR. Inicialmente, identificaram-se 126 estudos. Após remoção de 23 duplicidades, 103 registros foram triados por títulos e resumos; 31 seguiram para leitura integral e 11 atenderam aos critérios de inclusão. Incluíram-se estudos sobre autonomia, cuidado não consentido, experiência perioperatória, comunicação profissional-paciente e segurança obstétrica.

Tabela 1 – Processo metodológico da revisão integrativa

Etapas	Procedimento	Resultado
Identificação	Busca nas bases PubMed, BVS, LILACS e SciELO	126 estudos
Duplicidades	Exclusão de registros repetidos	23 removidos
Triagem	Leitura de títulos e resumos	103 avaliados
Elegibilidade	Leitura completa dos artigos potencialmente relevantes	31 analisados
Inclusão	Estudos compatíveis com o recorte cirúrgico-obstétrico	11 incluídos
Síntese	Organização narrativa por eixos éticos, assistenciais e perioperatórios	Discussão final

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

FUNDAMENTAÇÃO

A literatura analisada indica que a violência obstétrica em cesarianas não se restringe a condutas individuais inadequadas, mas expressa fragilidades institucionais que atravessam comunicação, consentimento e organização do cuidado. Begley et al. (2019) destacam que consentimento informado não equivale, por si só, à decisão compartilhada, pois a assimetria de conhecimento pode manter a gestante em posição de aquiescência. Em cenário cirúrgico, essa assimetria se intensifica pela autoridade técnica da equipe, pela linguagem especializada e pela rapidez com que decisões precisam ser tomadas.

No ambiente perioperatório obstétrico, a vulnerabilidade da paciente tende a se ampliar pela combinação entre dor, urgência decisória, anestesia e dependência técnica. Nesses contextos, falhas comunicacionais podem comprometer a compreensão sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, reduzindo a participação da mulher nas decisões relacionadas ao próprio corpo. Assim, a segurança da paciente não deve ser compreendida apenas sob perspectiva biomecânica ou procedimental, mas também relacional, ética e comunicacional. Estudos nacionais e internacionais reforçam a recorrência de cuidado não consentido, violência verbal, negligência assistencial e intervenções coercitivas, especialmente quando a rotina institucional sobrepõe a escuta clínica e a privacidade da paciente.

Para a prática profissional, esses achados indicam que a humanização da cesariana não é recurso ornamental, mas componente da qualidade cirúrgica. A presença de acompanhante quando possível, o manejo adequado da dor, o registro claro do consentimento, a explicação acessível das condutas e a comunicação respeitosa entre equipe e paciente funcionam como barreiras éticas contra a naturalização do desrespeito. A prevenção, portanto, depende de protocolos institucionais, formação multiprofissional e cultura de segurança capaz de reconhecer a autonomia da mulher como parte do cuidado cirúrgico seguro.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A literatura analisada indica que a violência obstétrica em cesarianas não se restringe a condutas individuais inadequadas, mas expressa fragilidades institucionais que atravessam comunicação, consentimento e organização do cuidado. Begley et al. (2019) destacam que consentimento informado não equivale, por si só, à decisão compartilhada, pois a assimetria de conhecimento pode manter a gestante em posição de aquiescência. Em cenário cirúrgico, essa assimetria se intensifica pela autoridade técnica da equipe, pela linguagem especializada e pela rapidez com que decisões precisam ser tomadas.

No ambiente perioperatório obstétrico, a vulnerabilidade da paciente tende a se ampliar pela combinação entre dor, urgência decisória, anestesia e dependência técnica. Nesses contextos, falhas comunicacionais podem comprometer a compreensão sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, reduzindo a participação da mulher nas decisões relacionadas ao próprio corpo. Assim, a segurança da paciente não deve ser compreendida apenas sob perspectiva biomecânica ou procedimental, mas também relacional, ética e comunicacional. Estudos nacionais e internacionais reforçam a recorrência de cuidado não consentido, violência verbal, negligência assistencial e intervenções coercitivas, especialmente quando a rotina institucional sobrepõe a escuta clínica e a privacidade da paciente.

Gráfico 1 – Manifestações identificadas nos estudos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Para a prática profissional, esses achados indicam que a humanização da cesariana não é recurso ornamental, mas componente da qualidade cirúrgica. A presença de acompanhante quando possível, o manejo adequado da dor, o registro claro do consentimento, a explicação acessível das condutas e a comunicação respeitosa entre equipe e paciente funcionam como barreiras éticas contra a naturalização do desrespeito. A prevenção, portanto, depende de protocolos institucionais, formação multiprofissional e cultura de segurança capaz de reconhecer a autonomia da mulher como parte do cuidado cirúrgico seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica em cesarianas evidencia que segurança cirúrgica não depende exclusivamente da execução técnica do procedimento. A revisão aponta que cuidado não consentido, comunicação insuficiente, assimetria decisória e rotinas institucionalizadas podem transformar uma intervenção necessária em experiência de vulnerabilização. Desse modo, a prática profissional deve integrar indicação cirúrgica baseada em evidências, consentimento esclarecido, decisão compartilhada, linguagem acessível e atuação multiprofissional respeitosa. No centro cirúrgico obstétrico, preservar a dignidade da paciente é requisito ético e dimensão concreta da segurança assistencial.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

BEGLEY, K. et al. Shared decision-making in maternity care: acknowledging and overcoming epistemic defeaters. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 25, n. 6, p. 1113-1120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jep.13243>. Acesso em: 15 maio 2026.

LEIJERZAPF, D. R. et al. Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 24, n. 170, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06360-y>. Acesso em: 30 de abril 2026.

LEITE, T. H. et al. Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, supl. 1, e6s, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006536>. Acesso em: 15 maio 2026.

MARIAN, M. et al. Prevalence of different variations of non-consented care during the childbirth process in Mexico by geographical regions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 24, n. 353, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06549-1>. Acesso em: 30 abril 2026.

MESENBURG, M. A. et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health**, London, v. 15, n. 54, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>. Acesso em: 14 maio 2026.