

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO
GRADUAÇÃO EM DIREITO

Daniele Aparecida da Silva Inácio

Biodireito e bioética: violência obstétrica e seus impactos sociais e jurídicos, uma análise
sobre a autonomia da gestante

Juiz de Fora

2025

Daniele Aparecida da Silva Inácio

Biodireito e bioética: violência obstétrica e seus impactos sociais e jurídicos, uma análise sobre a autonomia da gestante

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Professora: Maria José Guedes Gondim Almeida

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Inácio, Daniele Aparecida da Silva .

Biodireito e bioética : violência obstétrica e seus impactos sociais e jurídicos, uma análise sobre a autonomia da gestante / Daniele Aparecida da Silva Inácio. -- 2025.

28 f.

Orientadora: Maria José Guedes Gondim Almeida

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, 2025.

1. Bioética . 2. Biodireito . 3. Violência Obstétrica . 4. Direitos Humanos . I. Almeida , Maria José Guedes Gondim, orient. II. Título.

Daniele Aparecida da Silva Inácio

Biodireito e bioética: violência obstétrica e seus impactos sociais e jurídicos, uma análise sobre a autonomia da gestante.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Direito da Universidade Federal
de Juiz de Fora, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovada em 05 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Maria José Guedes Gondim Almeida - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr^a. Kalline Carvalho Gonçalves Eler
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr^a. Kelly Cristine Baião Sampaio
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

A jornada até aqui não foi fácil, foi marcada por desafios, aprendizados, lágrimas, renúncias, e acima de tudo por muita fé. Por isso, primeiramente agradeço a Deus que me concedeu força, sabedoria e esteve sempre ao meu lado. A Ele entreguei minhas angústias, meus choros, meus medos e sempre fui amparada.

Com imenso carinho agradeço também a Nossa Senhora Aparecida, minha intercessora fiel, por acalmar meu coração nos momentos mais difíceis e por me conduzir com ternura até o fim dessa etapa.

Ao meu esposo Marcelo, minha gratidão pelo companheirismo. Obrigada por caminhar ao meu lado e por acreditar em mim.

Aos meus amados filhos Luiz Antônio e João Miguel que são a luz que me guia. Em cada noite mal dormida, nas vezes que escrevia com vocês no colo, encontrava um motivo para não desistir. A pureza do amor de vocês me deram a coragem que precisava para não desistir. Vocês me ensinam todos os dias sobre persistência, resiliência e amor. Dedico a vocês este trabalho, como demonstração que é possível lutar pelos nossos sonhos mesmo quando o caminho é longo, tortuoso e difícil.

Aos meus pais Luiz e Lucienne agradeço por serem o alicerce da minha vida. Por me amarem de maneira incondicional, pelo apoio em todos os momentos e por cada palavra de incentivo. Tudo que eu sou devo a vocês. Cada conquista minha, devo ao suor e sacrifício de vocês. Sem vocês jamais estaria aqui.

Ao meu irmão Diego, obrigada por mesmo no silêncio sempre me apoiar, e vibrar por minhas conquistas.

À minha orientadora Maria José Gondim Almeida, minha eterna gratidão por acreditar no meu trabalho, por cada conselho e por me conduzir nesta trajetória acadêmica.

Estendo meu agradecimento a todos professores que fizeram parte da minha formação.

Às minhas queridas amigas que a graduação me presenteou, em especial Jenifer e Isadora, obrigada por cada troca, cada conselho, cada palavra amiga. Vocês tornaram essa caminhada mais leve e prazerosa.

Por fim, a cada pessoa que passou pela minha vida e contribuiu para a concretização desse sonho, meu sincero muito obrigada.

Ninguém realiza um sonho sozinho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a violência obstétrica e seus impactos sociais e jurídicos sob o prisma da bioética e do biodireito, focando, para tanto, na autonomia da gestante. A violência obstétrica constitui uma grave afronta aos direitos humanos das mulheres, ocasionando sérios danos à sua saúde física e psíquica. A pesquisa se baseia em revisão bibliográfica, estudo de caso, análise legislativa e jurisprudencial, buscando compreender como a violência contraria princípios éticos e legais como a dignidade da pessoa humana e a tomada de decisão compartilhada. Os efeitos da violência obstétrica são devastadores e afetam as mulheres e toda a sociedade. No âmbito jurídico, ainda falta uma tipificação específica para responsabilização penal, mas é possível a responsabilização por outros tipos penais, bem como responsabilização na esfera civil e administrativa. Como alternativa para combater a violência obstétrica propõe-se o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a humanização no cuidado com a gestante, capacitação dos profissionais de saúde e a efetiva garantia dos direitos das mulheres, tornando-as protagonistas de sua gestação e parto.

Palavras chaves: Violência obstétrica; autonomia da Gestante; biodireito; bioética; Direitos humanos.

ABSTRACT

This paper aims to analyze obstetric violence and its social and legal impacts through the lens of bioethics and biolaw, with a focus on the autonomy of the pregnant woman. Obstetric violence constitutes a serious violation of women's human rights, causing significant harm to their physical and psychological health. The research is based on a literature review, case study, and analysis of laws and jurisprudence, seeking to understand how such violence contradicts ethical and legal principles such as human dignity and shared decision-making. The effects of obstetric violence are devastating and affect not only women but society as a whole. In the legal sphere, although there is no specific criminal classification, accountability is possible under other criminal provisions, as well as in civil and administrative spheres. As an alternative to combating obstetric violence, this work proposes the strengthening of public policies aimed at the humanization of maternal care, the training of healthcare professionals, and the effective enforcement of women's rights, making them protagonists of their pregnancy and childbirth.

Keywords: Obstetric violence; autonomy of the pregnant woman; biolaw; bioethics; Human rights.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	BIOÉTICA.....	09
2.1	PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....	09
3	BIODIREITO.....	11
4	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
4.1	TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
4.2	CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	13
5	DIREITOS REPRODUTIVOS E A AUTONOMIA DA GESTANTE.....	16
6	TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA.....	18
7	LEGISLAÇÃO.....	20
7.1	JURISPRUDÊNCIAS.....	21
8	IMPACTOS SOCIAIS E JURÍDICOS.....	22
8.1	IMPACTOS SOCIAIS.....	22
8.2	IMPACTOS JURÍDICOS.....	22
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um problema de saúde pública que afeta gestantes no mundo inteiro, demonstrando um total desrespeito aos direitos humanos bem como os princípios éticos da saúde, sobretudo da medicina.

A prática configura uma grave violação aos direitos humanos e afeta mulheres no mundo inteiro. Consiste em atitudes desrespeitosas com a gestante durante as fases da gestação, do parto e do puerpério. Sabe-se que a gestação gera mudanças físicas e emocionais na mulher e é um momento único e transformador, assim sendo, qualquer ato violento nesse período pode impactar em muito na vida dessa mulher, da criança que está sendo gerada, na relação mãe/bebê e de toda família, ocasionando traumas profundos. A gravidez além de um fenômeno biológico é também social. Assim sendo, a assistência obstétrica deve ser pautada no respeito e na dignidade da gestante.

No Brasil a legislação acerca da violência obstétrica é deficitária, não existe tipificação penal sobre a prática, sendo a conduta enquadrada em outros tipos penais, como dano ou lesão corporal, por exemplo.

A autonomia da gestante é um princípio norteador que deve ser respeitado em toda assistência médica à parturiente. É um princípio basilar da bioética e do biodireito. No entanto, muitas das vezes é desrespeitado, e o mais grave é que muitas gestantes nem conhecem os seus direitos. A mulher deve ser protagonista da sua gestação e de seu parto, suas escolhas devem ser respeitadas, intervenções médicas devem ser realizadas apenas quando estritamente necessárias.

O presente trabalho objetiva analisar a violência obstétrica sob a ótica do biodireito e da bioética, enfatizando para tanto os impactos sociais e jurídicos dessa prática e o consequente comprometimento da autonomia da gestante. Tal pesquisa se faz necessária diante da urgência de criar mecanismos jurídicos e sociais que garantam os direitos reprodutivos das mulheres.

Com a realização desta pesquisa, abordando a violência obstétrica sob seus diversos ângulos, espera-se contribuir para debates acadêmicos, jurídicos e sociais sobre o tema, estimulando portanto, o respeito a empatia e a justiça nos atendimentos obstétricos, onde a mulher assuma o papel de protagonista de sua gestação e parto.

2 BIOÉTICA

A palavra bioética é formada pela união de duas palavras gregas, *bios* e *ethos* que tem como significado, vida e ética. O termo foi utilizado pela primeira vez pelo teólogo Paul Max Fritz Jahr, em um artigo publicado no ano de 1927, intitulado “Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas”. Nele, o teólogo propôs um “imperativo bioético”, pautado no respeito a todas as formas de vida, incluindo, portanto, plantas e animais (Ferreira Júnior, 2022).

Contudo, o conceito de bioética se popularizou apenas na década de 1970 através do artigo: “Bioética: ponte para o futuro” de autoria do biólogo e oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, que propôs a criação de uma ponte entre a cultura científica e a cultura humanista, com a célebre frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável” (Ferreira Júnior, 2022).

A bioética surge, então, como um campo de reflexão ética diante dos avanços da saúde e da ciência. O termo bioética não tem um conceito unânime na doutrina, inclusive não se encontra em dicionários comuns o seu significado. O que é consensual é que a Bioética faz parte da ética aplicada, mas como uma disciplina autônoma, que visa proteger a dignidade da vida, impondo, para tanto, limites éticos às práticas biomédicas. Sabe-se que a Bioética tem como objeto a defesa da vida, daí surgem diversos significados e reflexões possíveis. É, portanto, uma ferramenta extremamente útil para nortear as condutas dos profissionais da saúde, sobretudo, no que tange a autonomia do paciente, a respeito a vida e a dignidade e a justiça social (Sanches, 2004).

No Brasil, as discussões bioéticas têm se mostrado presente principalmente nos debates sobre direitos humanos, saúde pública, direitos reprodutivos, violência obstétrica, autonomia da vontade, consentimento informado e no processo de tomada de decisões em cuidados de saúde.

2.1 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

O filósofo Tom Beauchamp em conjunto com o teólogo James Childress, no livro *Principles of Biomedical Ethics* defenderam a existência de quatro princípios da bioética, são eles: não maleficência, beneficência, autonomia e justiça (Ferreira Júnior, 2022).

O princípio da autonomia refere-se à capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre si mesmo, ou seja, diz respeito à autodeterminação (Koerich; Machado; Costa, 2005). Tal princípio deriva das conquistas dos direitos humanos, trata-se de reconhecer o paciente como

sujeito de direitos, assim sendo, a autonomia do paciente não é apenas um direito formal, mas também um aspecto essencial para práticas de saúde respeitadas e justas (Diniz; Guilhem, 2002).

De acordo com Ferreira Júnior (2022), o princípio da autonomia, além de tratar sobre a liberdade do indivíduo, também impõe a necessidade de clareza e publicidade por parte dos profissionais, visto que, para que o indivíduo possa escolher livremente sobre sua vida e saúde, é primordial que tenha conhecimento e todas as informações necessárias para que possa escolher de forma consciente.

O princípio da beneficência diz respeito ao dever de ajudar o próximo, ou seja, cabe aos profissionais a obrigação de maximizar o benefício e reduzir ao máximo os danos. Tal princípio, configura a base moral das atividades médicas, ou seja, curar, aliviar os sofrimentos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Ferreira Júnior, 2022).

O princípio da não maleficência trata sobre o dever de não fazer mal ao paciente. O profissional deve para tanto, avaliar e evitar danos previsíveis (Koerich; Machado; Costa, 2005). Tal princípio deriva do juramento de Hipócrates:

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

O último é o princípio da justiça, que se refere à distribuição equitativa e igualitária dos recursos de saúde e também ao tratamento imparcial dos pacientes. Tal princípio pode ser dividido em formal e material, em seu aspecto formal, tem como a base a individualidade dos pacientes, ou seja, cada paciente é único e possui demandas diferentes, devendo dessa maneira serem tratados de acordo com suas necessidades, respeitando a máxima de tratar os iguais de forma igual e os desiguais de forma desigual na medida de suas desigualdades. Já o aspecto material diz respeito à distribuição de bens conforme a necessidade do indivíduo, ou ainda em razão de seu mérito (Ferreira Júnior, 2022).

Os princípios da bioética não são hierarquizados, ou possuem grau de prevalência. No entanto, muitas vezes o ordenamento jurídico contribui para a existência de conflitos entre tais princípios.

3 BIODIREITO

O Biodireito é um ramo do direito que surge da necessidade de regular os avanços biomédicos e biotecnológicos, como por exemplo a engenharia genética, clonagem, reprodução assistida, dentre outras. Essas inovações trouxeram avanços significativos para a humanidade, mas também levantam questões éticas e jurídicas complexas que precisam ser analisadas. O biodireito com o intuito de preservar a dignidade humana e os direitos fundamentais, busca regular essas inovações (Pereira, 2009).

Dessa maneira, o biodireito pode ser compreendido como conjunto de normas jurídicas que regulamenta as questões éticas e legais decorrentes dos avanços biomédicos. Atuando, para tanto, como uma ponte entre o direito e a bioética, transformando os princípios éticos em normas jurídicas, sempre pautado na dignidade da pessoa humana (Pereira, 2009).

A Constituição Federal de 1988 é a base para o Biodireito, principalmente no que tange a proteção à vida, à integridade física, a liberdade individual e o acesso à saúde. Não é uma disciplina estática, visto, a necessidade de acompanhar as evoluções biomédicas e biotecnológicas.

O princípio da dignidade humana, disposto no artigo primeiro, inciso terceiro da Constituição Federal de 1988, estrutura o biodireito. Com base nesse princípio o ser humano deve ser tratado com respeito e dignidade. Os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) comentado e discutido no capítulo anterior também são amplamente utilizados no biodireito.

O consentimento livre e esclarecido é essencial para o desenvolvimento do biodireito. Tal princípio estabelece que nenhum procedimento médico ou científico seja realizado sem que o paciente receba todas as informações necessárias para o seu consentimento de forma livre e voluntária. Esse princípio deriva do princípio da autonomia (Barboza, 2000).

Assim sendo, o biodireito é uma resposta jurídica aos avanços nas ciências biomédicas e biotecnológicas. Garantindo que o progresso científico caminhe em conjunto com a proteção dos direitos fundamentais.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Violência obstétrica pode ser compreendida, como um conjunto de práticas abusivas e desrespeitosas cometidas por profissionais e instituições de saúde contra mulheres durante a gestação, parto e o puerpério. É um fenômeno complexo e multifacetado, configura uma grave violação aos direitos humanos e ocasiona sérios danos para a mulher e toda a sociedade (Leite *et al.*, 2024).

A violência obstétrica afronta diretamente os princípios bioéticos, como a não maleficência, a autonomia e a justiça.

A violência obstétrica se caracteriza em violência física, verbal, sexual, maus-tratos, tratamento desrespeitoso e negligente, além de condutas não respaldadas em evidência científica (Leite *et al.*, 2020).

Apesar da temática violência obstétrica ser recente, o sofrimento das mulheres na assistência puerperal não é novo, pelo contrário, é registrado em vários momentos históricos, ainda que recebendo outro nome (DINIZ *et al.*, 2015).

[...] no final da década de 1950, narrativas de violência no parto romperam a barreira do silêncio nos EUA, quando a Ladies Home Journal, uma revista para donas de casa, publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”. O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (twilight sleep, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. Ela teve grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (Diniz *et al.* 2015).

No Brasil, o tema já vem sendo abordado desde a década de 80. Um exemplo é o livro “Espelho de Vênus” publicado pelo grupo Ceres, que apresenta experiências femininas, descrevendo o parto institucionalizado como uma vivência violenta (Diniz *et al.*, 2015).

4.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Várias são as formas de violência obstétrica, desde violência física e verbal, passando por condutas negligentes e imposição de condutas sem o consentimento da gestante. Os principais tipos de violência obstétrica são (Vieira *et al.*, 2018):

Violência verbal: Consiste em agressões verbais, como gritos, ameaças, xingamentos e humilhações, causando sofrimento psicológico nas gestantes.

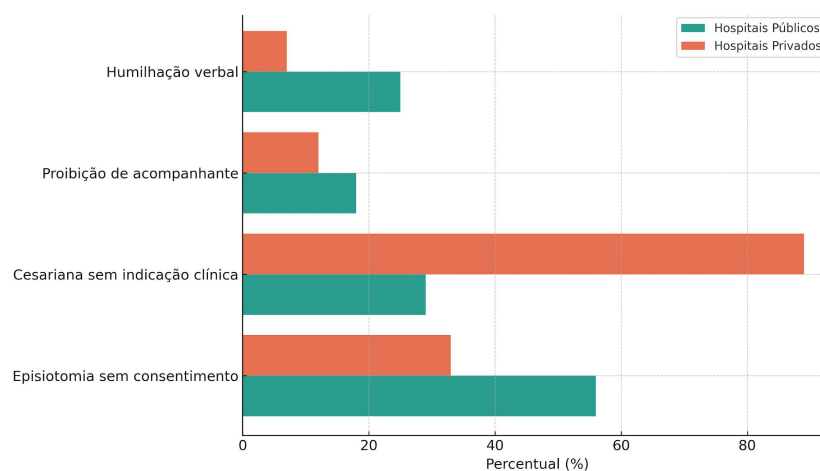
Violência física: Caracteriza-se pela realização de procedimentos médicos sem necessidade clínica ou o consentimento da gestante. Como a realização de episiotomia (incisão no períneo, para aumentar a abertura vaginal), a manobra de Kristeller (aplicação de força física na parte superior do útero com o intuito de facilitar a saída do bebê)

Violência Institucional: Manifesta-se no atendimento desumanizado e no descumprimento de direitos da gestante, como por exemplo a negativa ao direito de acompanhante ou de conhecer a maternidade que será realizado o seu parto. A violência Institucional atinge em maior número mulheres sem instrução e acesso a informações, geralmente negras e de baixa renda.

Violência sexual: Ocorre quando são realizados toques vaginais repetitivos, sem necessidade clínica, além de comentários sexuais impróprios, que ofendem e envergonham a gestante.

Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), demonstra que uma em cada quatro mulheres afirma já ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, parto ou puerpério. A Fiocruz com o projeto “Nascer no Brasil”, apresenta dados da violência obstétrica no Brasil.

Gráfico 1 - Práticas Obstétricas em hospitais Públicos e Privados no Brasil



Fonte: Fiocruz (2014)

4.2 CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Fundação Perseu Abramo, através da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, apresentou o relato de violência sofrido por uma mulher, que preferiu não se identificar.

Eu tive meu filho em um esquema conhecido por profissionais da área da saúde como o limbo do parto: um hospital precário, porém maquiado para parecer mais atrativo para a classe média, que atende a muitos convênios baratos, por isso está sempre lotado, não é gratuito, mas o atendimento lembra o pior do SUS, porém sem os profissionais capacitados dos melhores hospitais públicos nem a infraestrutura dos hospitais caros particulares para emergências reais. Durante o pré-natal, fui atendida por plantonistas sem nome. Também não me lembro do rosto de nenhum deles. O meu nome variava conforme o número escrito no papel de senha da fila de espera: um dia eu era 234, outro 525. Até que, durante um desses atendimentos, a médica resolveu fazer um descolamento de membrana, através de um exame doloroso de toque, para acelerar meu parto, porque minha barriga ‘já estava muito grande’. Saí do consultório com muita dor e na mesma noite, em casa, minha bolsa rompeu. Fui para o tal hospital do convênio já em trabalho de parto.

Quando cheguei, me instalaram em uma cadeira de plástico da recepção e informaram meus acompanhantes que eu deveria procurar outro hospital porque aquele estava lotado. Lembro que fazia muito frio e eu estava molhada e gelada, pois minha bolsa continuava a vazar. Fiquei muito doente por causa disso. Minha mãe ameaçou ligar para o advogado, disse que processaria o hospital e que eu não sairia de lá em estágio tão avançado do trabalho de parto. Meu pai quis bater no homem da recepção. Enquanto isso, minhas contrações aumentavam. Antes de ser finalmente internada, passei por um exame de toque coletivo, feito por um médico e seus estudantes, para verificar minha dilatação. ‘Já dá para ver o cabelo do bebê, quer ver pai?’ mostrava o médico para seus alunos e para o pai do meu filho. Consigo me lembrar de poucas situações em que fiquei tão constrangida na vida.

Cerca de uma hora depois, me colocaram em uma sala com várias mulheres. Quando uma gritava, a enfermeira dizia: ‘pare de gritar, você está incomodando as outras mães, não faça escândalo’. Se eu posso considerar que tive alguma sorte neste momento, foi o de terem me esquecido no fim da sala, pois não me colocaram o soro com ocitocina sintética que acelera o parto e aumenta as contrações, intensificando muito a dor. Hoje eu sei que se tivessem feito, provavelmente eu teria implorado por uma cesariana, como a grande maioria das mulheres.

Não tive direito a acompanhante. O pai do meu filho entrava na sala de vez em quando, mas não podia ficar muito para preservar a privacidade das outras mulheres. A moça que gritava pariu no corredor. Até que uma enfermeira lembrou de mim e me mandou fazer força. Quando eu estava quase dando a luz, ela gritou: ‘pára!’ e me levou para o centro cirúrgico. Lá me deram uma combinação de anestesia peridural com raquidiana, sem me perguntar se eu precisava ou gostaria de ser anestesiada, me deitaram, fizeram uma episiotomia sem meu consentimento, empurraram a minha barriga e puxaram meu bebê em um parto ‘normal’. Achei que teria meu filho nos braços, queria ver a carinha dele, mas me mostraram de longe e antes que eu pudesse esticar a mão para tocá-lo, levaram-no para longe de mim. Já no quarto, tentei por três vezes levantar para ir até o berçário e três vezes desmaiei por causa da anestesia. ‘Descanse um pouco mãezinha’ diziam as enfermeiras ‘Sossega!’ Eu não queria descansar, só estaria sossegada com meu filho junto de mim! O fotógrafo do hospital (que eu nem sabia que estava no meu parto) veio nos vender a primeira imagem do bebê, já limpo, vestido e penteado. Foi assim que eu vi pela primeira vez o rostinho dele, que só chegou para mamar cerca de 4 horas depois.

Faz exatamente nove anos que tudo isso aconteceu e hoje é ainda mais doloroso relembrar porque descobri que o que vivi não foi uma fatalidade, ou um pesadelo: eu, como uma a cada quatro mulheres brasileiras, fui vítima de violência obstétrica.

A Associação Artemis denunciou o caso de violência sofrido por Adelir Carmem no ano de 2014. Segue o resumo da situação:

Em 31/03/2014, Adelir Carmem Lemos de Góes, mulher de 29 anos, moradora de Torres/RS e membro da comunidade cigana local, grávida de sua terceira filha, foi

retirada de sua casa durante a noite por policiais armados para ser submetida à cirurgia cesariana contra a sua vontade, em hospital municipal onde realizava o acompanhamento pré-natal. Naquele dia havia estado no hospital realizando exame de ultrassonografia no qual não foi lhe informada a conclusão do exame, nem disponibilizadas as respectivas imagens, com recomendação de internação para cirurgia.

Suspeitando da acurácia dessa avaliação médica, a gestante assinou um termo de responsabilidade porque desejava obter uma segunda opinião. Porém, antes disso e naquele mesmo dia, a médica/hospital ingressou em juízo perante a Vara da Infância, sendo deferida a intervenção para condução coercitiva da mulher para cirurgia, sem se oportunizar o contraditório.

A cirurgia foi realizada na madrugada de 01/04/2014 sem que a mulher pudesse assistir o nascimento da filha (sua visão foi coberta) e o pai foi impedido de entrar para assistir o parto, apesar da legislação vigente lhe garantir esse direito caso a mãe assim deseje.

Durante todo o procedimento médico a mulher recebeu por parte dos profissionais de saúde tratamento hostil, com zombarias e inferiorização, marcando negativamente o momento no aspecto psicológico.

A situação vivida por Adelir afronta a legislação civil bem como os Tratados Internacionais de violência contra a mulher (Convenção do Pará) e discriminação contra a mulher (CEDAW), além das recomendações do Ministério da Saúde e diretrizes do Código de Ética Médica.

5 DIREITOS REPRODUTIVOS E A AUTONOMIA DA GESTANTE

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2010), define que direitos reprodutivos são constituídos pela união de diversos direitos humanos fundamentais, não se limitando à simples proteção da reprodução. Sendo, portanto, um conjunto de direitos individuais e sociais que buscam o pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. Essa concepção objetiva a equidade e a igualdade nas relações pessoais e sociais. O UNFPA ainda cita alguns direitos que compõem os direitos reprodutivos:

- Direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos;
- Direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade;
- Direito a ter controle sobre seu próprio corpo;
- Direito de exercer sua sexualidade sem sofrer discriminações ou violência.

Sendo assim, os direitos reprodutivos representam um avanço na luta por igualdade de gênero e respeito ao princípio da dignidade humana. No tocante à gestação, está diretamente relacionado com a autonomia da mulher sobre suas decisões relativas à maternidade, dialogando com os princípios da bioética, do biodireito e as garantias dos direitos humanos.

A autonomia da gestante está diretamente relacionada com o respeito ao princípio constitucional da dignidade humana. A mulher precisa assumir o protagonismo nas decisões relacionadas ao seu corpo durante o atendimento obstétrico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que todas as mulheres, possuem o direito de ter uma experiência de parto positiva, que inclua respeito, comunicação e informações claras (WHO, 2018). O Conselho Federal de Medicina através da Resolução 2.232 de 2019, prevê a necessidade do consentimento livre e esclarecido de paciente para a realização de qualquer procedimento médico.

O respeito à autonomia da gestante não está relacionado apenas com o respeito à sua vontade durante o parto, mas, sobretudo, ao acesso à informação de qualidade, para que possa atuar de forma consciente sobre a sua gestação, parto e pós parto. É essencial que a mulher conheça as vias de parto, seus riscos e benefícios e escolha de forma consciente o que é melhor para a sua realidade. Cabe aos profissionais aceitar e acolher essa mulher e intervir, apenas quando estritamente necessário, para garantir a saúde e a segurança da mulher e do nascituro.

Nesse sentido, Almeida e Eler (2023) acrescentam que:

Em relação aos cuidados de saúde centrado na mulher gestante, é importante pontuar que a ênfase somente no consentimento informado desconsidera as formas pelas quais as práticas de cuidados de saúde influenciam o desenvolvimento, o enfraquecimento ou até mesmo o desaparecimento das aptidões necessárias para um agir autônomo do paciente. As decisões, em alguns momentos de fragilidades e de vulnerabilidades, fazem com que pacientes mais independentes e autoconfiantes, transfiram a sua decisão para os profissionais de saúde, mesmo que eles não influenciem indevidamente a escolha para um determinado tipo de tratamento.

6 TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

A Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), pressupõe diálogo entre a gestante e os profissionais de saúde. A gestante deve ser vista como parceira dos profissionais de saúde e atuar ativamente em todo processo de tomada de decisão de seu tratamento. Cabe aos profissionais da saúde conversar com a gestante sobre todas alternativas possíveis, esclarecendo vantagens e desvantagens, benefícios e riscos de cada escolha e respeitar a vontade e a autonomia da mulher (Tanure; Eller 2019).

A TDC é um elemento fundamental no cuidado centrado na gestante. É primordial para a afirmação dos direitos humanos da paciente. Tanure e Eller (2019), aponta seus principais benefícios:

- Melhorar a qualidade de relação e a comunicação entre a gestante e o profissional de saúde;
- Diminuir a incerteza sobre qual curso de ação tomar mediante opções diferentes, que envolvem benefícios e riscos diferentes;
- Aumentar o conhecimento da gestante sobre sua condição de saúde e procedimentos disponíveis;
- Melhorar a satisfação da gestante com a atuação dos profissionais responsáveis pelos seus cuidados;
- Proporcionar maior respeito a vontade e preferência da gestante;
- Aumentar o engajamento da gestante no seu cuidado.

Porquanto, o contexto de dor, angústia e exaustão na qual se encontra a mulher não ser suficiente, à uma equivocada avaliação da capacidade da parturiente que se encontra em estado de vulnerabilidade, à justificar a desconsideração da sua vontade e preferências, passando a um ‘consentimento informado no cuidado da gestante’, em detrimento da ‘Tomada de Decisão Compartilhada’. A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a importância da TDC para o cuidado da gestante-/parturiente, reconhecendo expressamente essa forma de tomada de decisão no seu Guia de Assistência ao Parto. A Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) é uma conduta considerada padrão ouro na relação entre médico e paciente, pois se baseia na capacidade de tomar decisões mutuamente benéficas (Tanure; Eller 2019).

A TDC é um imperativo ético e modelo amplamente preconizado para a tomada de decisão nos cuidados em saúde, mas, permeada de desafios, encontra seus limites (Albuquerque, 2024):

- À situação na qual as preferências do paciente não estão condizentes com o entendimento do profissional de saúde acerca do que sejam seus melhores interesses ou com interesses coletivos: ..., outros, contrário à lei, a garantia da saúde pública, da paciente ou do bebê-/criança;

- À situação na qual existem evidências favoráveis a determinadas opções, em detrimento de outras, que apresentam riscos elevados, ou em que o tratamento indicado é eficaz e considerado imperativo, o padrão de cuidado amplamente recomendado pelas melhores evidências, mas as preferências do paciente não convergem com essas indicações;
- À situação de ausência de capacidade decisional, seja transitória ou permanente, {o que não se confunde à vulnerabilidade}, da paciente;
- À situação de contexto de incertezas profundas e de doenças graves.

Assim, entende-se que a TDC é um direito da gestante e um garantidor dos direitos humanos, devendo sempre que possível ser respeitada a vontade da gestante

7 LEGISLAÇÃO

O Brasil não prevê um tipo penal para a violência obstétrica, sendo tal conduta enquadrada em outros tipos penais, como lesão corporal, ameaça, injúria, constrangimento ilegal, omissão de socorro, dano, homicídio, dentre outros, a depender dos fatos praticados. Mesmo sem uma tipificação específica, é possível extrair da Constituição Federal, de normas infraconstitucionais e normativas a proteção que a gestante necessita.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo primeiro, inciso terceiro define como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana. Tal princípio já é o suficiente para o Brasil coibir qualquer ato violento contra a gestante. Ademais, no artigo sexto, a saúde é reconhecida como direito social. E por fim, no artigo 197 discorre que é dever do Estado garantir a saúde de todos mediante políticas sociais e econômicas.

Leis infraconstitucionais e normativas também podem serem utilizadas para a proteção da gestante, como por exemplo, podemos citar:

- Lei nº 9.263/1996: trata sobre o planejamento familiar, e reforça o respeito aos direitos reprodutivos.
- Lei nº 8.069/1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que em seu artigo oitavo garante à gestante atendimento humanizado durante a gravidez, parto e puerpério.
- Lei nº 11.108/2005: conhecida como lei do acompanhante, tal lei garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós parto, no âmbito do SUS.
- Lei nº 14.737/2023: garante à mulher o direito de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.
- Portaria nº1459/2011 do Ministério da Saúde: que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.
- Lei 17.137/2019 do Estado de São Paulo, garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

A falta de uma legislação federal específica que tipifique a violência obstétrica como crime, por vezes dificulta a responsabilização direta de profissionais que praticam tais condutas. Atualmente tramitam alguns projetos de leis que versam sobre a violência

obstétrica. Por exemplo, o PL nº 7.633-2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. O PL nº 2.082 de 2022, que busca tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.

7.1 JURISPRUDÊNCIAS

A jurisprudência brasileira reconhece a violência obstétrica como forma de violação de direitos humanos e vem penalizando o Estado e os profissionais que praticam tais condutas. Segue dois julgados para análise:

Tribunal de Justiça de São Paulo TJ-SP. Apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082. RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Direito ao parto humanizado é direito fundamental.** Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. **As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação.** Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de “dor necessária”. Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (São Paulo, 2015 grifo nosso)

Tribunal de Justiça de Minas Gerais. TJ-MG. Apelação nº 1.0000.22.119378-2/002. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - RESPONSABILIDADE CONTRATUAL DO HOSPITAL - NEGATIVA DO DIREITO A ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO - ATO ILÍCITO CONFIGURADO - DANOS MORAIS - INEXISTÊNCIA - RECURSO DESPROVIDO.

Nos termos do artigo 8º, §2º e 6º, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do artigo 19-J da Lei nº 8.080/90, os profissionais de saúde referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, tendo ela o direito de um acompanhante durante o período pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

A recusa imotivada por parte do médico preposto da rede hospitalar, em conferir o direito à parturiente do acompanhante quando do parto, caracteriza ato ilícito, a configurar o **dano moral diante do abalo à dignidade e ao direito de proteção à maternidade, constitucionalmente assegurado** (artigos 6º, 201, II, 203, I, da Constituição da República de 1988). Recurso desprovido. (Minas Gerais, 2002, grifo nosso)

8 IMPACTOS SOCIAIS E JURÍDICOS

Neste tópico será realizada uma breve análise sobre os impactos sociais e jurídicos da violência obstétrica.

8.1 IMPACTOS SOCIAIS

A mulher que sofre violência obstétrica, além da dor física e do constrangimento imediato, sofre danos emocionais severos, muitas das vezes duradouro. Estudos comprovaram que a violência obstétrica pode ocasionar diversos distúrbios psíquicos como estresse pós-traumático, depressão pós parto, ansiedade, problemas na amamentação e dificuldades no vínculo mãe-bebê. Em geral esses danos não são valorizados e tratados o que perpetua o sofrimento psíquico da mulher (Diniz *et al.* 2015).

Geralmente esses danos emocionais, são subestimados até mesmo invisibilizados por profissionais de saúde, pela família e por toda sociedade, contribuindo assim para a piora do sofrimento dessa mulher. O silenciamento gera sentimentos de culpa na mulher e a naturalização da violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ocasionar na mulher uma desconfiança dos serviços médicos/hospitalares o que pode prejudicar o acompanhamento da criança em consultas de puericultura. Bem como uma não adesão ao pré-natal em gestações futuras. Ocasionalmente um grave problema de saúde pública.

8.2 IMPACTOS JURÍDICOS

A violência obstétrica é uma grave ofensa aos direitos fundamentais das mulheres, violando diretamente sua dignidade, integridade física e psíquica, bem como sua autonomia sobre o seu corpo, impactando diretamente em suas decisões durante a gravidez, o parto e o puerpério. Podendo gerar responsabilização penal, civil e/ou administrativa.

Na esfera civil, a violência obstétrica gera direito a indenização por danos morais e/ou materiais, devido a condutas abusivas de profissionais e de instituições, baseado na teoria da responsabilidade objetiva ou subjetiva (Diniz, 2019). Assim sendo, o direito de indenização por dano moral, decorre da violação de direitos da personalidade, como a integridade física e psíquica, a honra, a autodeterminação.

Já no âmbito penal, até o momento, falta uma tipificação para responsabilização por violência obstétrica propriamente dita. Entretanto, condutas como, lesão corporal, injúria,

constrangimento ilegal, maus tratos, tortura entre outras são enquadradas nos Código Penal ou em legislações extravagantes e portanto penalizadas. No entanto, a falta de um tipo penal específico, dificulta o enfrentamento e o combate a tais condutas, contribuindo para a manutenção da impunidade ou até mesmo a revitimização das mulheres.

Administrativamente, os profissionais podem ser responsabilizados por seus respectivos Conselhos de Classe ,como os Conselhos Regionais e Federal de Medicina (CRM - CFM) e de Enfermagem (COREN - COFEN), por violação aos princípios éticos. As sanções são diversas podendo gerar até mesmo a cassação do registro profissional.

Apesar da possibilidade jurídica de responsabilização nas esferas civil, penal e administrativa, ainda faltam denúncias, gerando uma grande subnotificação dos casos de violência obstétrica. Em geral, por desconhecimento dos direitos por parte das mulheres, medo de represália e revitimização. Essa falta de denúncias e a consequente falta de punição, contribui para a perpetuação de práticas abusivas e desrespeitosas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível concluir que a violência obstétrica é um fenômeno complexo, manifestando-se não apenas em práticas abusivas e desrespeitosas, mas também através da omissão institucional em garantir direitos básicos às gestantes. Muitas das vezes a violência é naturalizada, colocando o corpo da mulher sob controle e domínio médico, reduzindo sua autonomia e capacidade de decisão.

Através do estudo dos princípios da Bioética e do Biodireito foi possível concluir que a autonomia da gestante não deve ser condicionada, pelo contrário, deve ser protegida como direito essencial em todas as fases da gestação. O desrespeito à autonomia da gestante representa afronta aos direitos humanos, ao princípio da dignidade da pessoa humana e da integridade corporal, presentes em nossa Constituição Federal.

Dessa maneira, a violência obstétrica deixa de ser apenas uma questão de saúde pública e se torna também uma questão de direitos humanos e justiça social. Suas consequências vão além do prejuízo à mulher, afetando toda a sociedade.

Acreditamos, que o caminho para erradicar ou ao menos reduzir drasticamente os índices de violência obstétrica é a implementação de políticas públicas que visem a humanização do parto, independente de sua via, buscando acolher a gestante de forma respeitosa e torná-la protagonista de seu parto, respeitando-a como sujeito de direitos. Na assistência obstétrica, a tomada de decisão compartilhada atua como mecanismo de transformação, uma vez que, garante à mulher o acesso a informações científicas de forma clara e eficiente, sem nenhum tipo de viés dos profissionais, para que assim, tenha liberdade de escolha sobre os procedimentos a que será submetida.

Se faz necessário a criação de mecanismos legais que busquem uma justiça restaurativa que proteja a gestante, coibindo e punindo quando necessário a violência obstétrica. É importante também que profissionais de saúde busquem sempre atualizações científicas. A educação continuada é o caminho para solucionar esse grave problema, focando no binômio mãe-filho(a), nos direitos da paciente gestante que está alicerçada nos direitos humanos.

Por fim, é de extrema importância que as mulheres sejam estimuladas a denunciar para que seja fomentado os debates na sociedade nas academias e no meio jurídico que visem a busca do equilíbrio nas relações profissionais de saúde e gestantes garantidoras de uma assistência obstétrica segura e respeitosa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Os limites da tomada de decisão compartilhada. **IBDPAC**, 03 de julho de 2024. Disponível em: <https://ibdpac.com.br/os-limites-da-tomada-de-decisao-compartilhada/>. Acesso em 08 jul. 2025.

ALMEIDA, Maria José Guedes Gondim; ELLER, Kalline. Engajamento da gestante para o parto seguro e respeitoso. In: ALBUQUERQUE, Aline; ELLER, Kalline (org.). **Engajamento do paciente e de familiares na segurança do paciente**. Ponta Grossa – PR: Atena, 2023. cap. 3, p. 28–36.

BARBOZA, Heloisa Helena. Princípios da bioética e do biodireito. **Revista Bioética**, v. 8, n. 2, 2000. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/276. Acesso em 12 maio 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, para tratar do planejamento familiar. Brasília, DF: Presidência da República, 15 jan. 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-926-10-outubro-1969-375307-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 16 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em 16 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garante à parturiente o direito à presença de acompanhante. Brasília, DF: Presidência da República, 8 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em 16 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023**. Dispõe sobre o parto humanizado e o respeito aos direitos das gestantes e parturientes. Brasília, DF: Presidência da República, 28 nov. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114737.htm. Acesso em 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a tipificação do crime de violência obstétrica e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível

em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546#:~:text=Ementa%3A%20Institui%20o%20Programa%20Nacional,e%20Combate%20%C3%A0%20Viol%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica.&text=Ementa%3A%20Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Atendimento%20%C3%A0%20Gestante.&text=Ementa%3A%20Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Vida%20Plena%20destinada%20%C3%A0s%20gestantes,socioecon%C3%B4mica%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.082, de 2022**. Dispõe sobre o enfrentamento da violência obstétrica e institui diretrizes para a atenção humanizada à gestante, parturiente e puérpera. Brasília, DF, 2022. Disponível

em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237>. Acesso em: 16 jun. 2025.

CASO Adelir. Casoteca, 2014. Disponível em:

<https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 20 jun. 202

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002. (Coleção Primeiros Passos).

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019. Acesso em 17 jun. 2025.

FERREIRA JUNIOR, Eduardo Assis. Os princípios da bioética. **Logos & Culturas**, v. 2, n. 2, p. 111-121, 2022. Disponível em: <https://ojs.catholicadefortaleza.edu.br/index.php/logosculturas/article/view/375>. Acesso em 10 maio 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos reprodutivos**: diretrizes para sua promoção e proteção. Brasília: UNFPA Brasil, 2010. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf. Acesso em: 27 jun. 2025.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.14, p. 106-110, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 maio 2025.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e12222023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 maio 2025

LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NUCCI, Marina Fisher; PORTELLA, Yammê; LEAL, Maria do Carmo. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 483-491, fev. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=html>. Acesso em 17 jun. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **Apelação Cível n. 1.0000.22.119378-2/002**. Rel. Des. Lílían Maciel, 20ª Câmara Cível, j. 06 maio 2024, pub. 07 maio 2024. Disponível em:

<https://tjmg.jus.br>. Acesso em: 30 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: pesquisa nacional sobre parto e nascimento, 2011–2012. Brasília: MS; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 24 jun. 2025.

PEREIRA, Anna Kleine Neves. Bioética, Biodireito e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Investidura Portal Jurídico**, 2009. Disponível em:

<https://investidura.com.br/artigos/direito-constitucional-artigos/bioetica-biodireito-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>. Acesso em 11 maio 2025.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Apelação Civil n. 0001314-07.2015.8.26.0082**. Rel. Fábio Podesta, 5ª Câmara Cível. 11 out. 2017. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SANCHES, Mário Antônio. **Bioética-Ciência e transcendência**. Edições Loyola, 2004. Disponível em:

https://books.google.com.br/books/about/Bio%C3%A9tica_Ci%C3%A4ncia_e_transcend%C3%A4ncia.html?hl=pt-BR&id=ZWICsHvYHTIC&redir_esc=y#v=onepage&q=bio%C3%A9tica%20conceito&f=false. Acesso em 10 maio 2025.

VIEIRA, Thaís Francielle Santana et al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986967>. Acesso em 22 jun. 2025

WHO. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> Acesso em: 20 jun. 2025l.