

A BIOÉTICA E A AUTONOMIA DE ESCOLHA DA GESTANTE SOBRE A MODALIDADE DO PARTO PELO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

Generative Artificial Intelligence as a Standardization Tool in the First Degree of Jurisdiction: Potentialities and Ethico-Normative Safeguards

IGOR VIEIRA PINTO BRANDÃO- Mestrando em Direito na Universidade de Buenos Aires (UBA), especialista em Direito Contemporâneo e Direito Público pela Escola da Magistratura Federal do Paraná (ESMAFE), bacharel em Direito laureado pela Faculdade de Direito de Curitiba (UniCuritiba), bacharel em Relações Internacionais (UniCuritiba).

E-mail: igortroy9@gmail.com

Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/2794594949066624>⁵⁸

⁵⁸ O presente artigo foi apresentado em 2026 e aprovado com nota 100 (cem), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Direito Público, por meio da Escola da Magistratura Federal do Paraná (ESMAFE/PR), vinculada ao Centro Universitário do Brasil (UNIBRASIL), com a orientação

do prof. Dr. José Osório do Nascimento Neto, Pós-doutor. Em acréscimo, também foi apresentado no XVI Simpósio Nacional de Direito Constitucional (2026), no painel "Direitos Humanos, Liberdades e Dignidade", na sede da ABDConst (Academia Brasileira de Direito Constitucional).

Atualmente, no Brasil, as gestantes que dependem do serviço público de saúde são impedidas de escolherem o tipo de parto pelo qual passarão, isto é, o parto vaginal (mais conhecido como "parto normal") ou cesariano. Esse impedimento, no entanto, depende da unidade federativa, haja vista que existem legislações estaduais permissivas (a exemplo do estado de São Paulo, pela Lei nº 17.137/2019) e também impositivas (a exemplo do estado do Paraná, após decisão do TJPR (Tribunal de Justiça do Estado do Paraná) na ADI nº 0025602-06.2022.8.16.0000/2024). Esse é um claro limbo jurídico, o qual expõe a vulnerabilidade bioética das gestantes, frente a cultura de imposição do parto vaginal, o qual, inclusive, pode ocasionar a necessidade de indução, método contraditório, capaz de levar ao sofrimento fetal, caracterizando violência obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE: bioética; autonomia de escolha; violência obstétrica; dignidade da pessoa humana.

Currently, in Brazil, pregnant women who depend on the public healthcare system are prevented from choosing the type of delivery they will undergo, that is, vaginal delivery (more commonly known as "natural birth") or cesarean section. This restriction, however, varies depending on the federative unit, since there are permissive state laws (such as in the state of São Paulo, under Law No. 17,137/2019) as well as restrictive ones (such as in the state of Paraná, following a decision by the Court of Justice of the State of Paraná – TJPR – in ADI No. 0025602-06.2022.8.16.0000/2024). This situation constitutes a clear legal gap, which exposes the bioethical vulnerability of pregnant women in the face of a culture that imposes vaginal delivery, which may even lead to the need for labor

induction—a contradictory method that can result in fetal suffering, thus characterizing obstetric violence.

KEYWORDS: bioethics; autonomy of choice; obstetric violence; human dignity.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado no art. 196 da Constituição Federal de 1988⁵⁹, é indissociável da dignidade da pessoa humana e da autonomia individual, especialmente no que se refere às decisões sobre o próprio corpo. No contexto da assistência obstétrica no Brasil, essa autonomia manifesta-se, entre outros aspectos, na possibilidade da gestante participar ativamente da escolha do tipo de parto — vaginal ou cesariano — de forma livre, informada e consciente.

Todavia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que tal escolha não é plenamente assegurada. Em regra, as gestantes usuárias da rede pública encontram limitações institucionais e normativas que dificultam ou impedem a escolha materna sobre a modalidade de parto. Esse cenário revela um modelo assistencial fortemente pautado na priorização do parto vaginal, muitas vezes dissociado da vontade da mulher e de uma abordagem verdadeiramente centrada na paciente.

Além disso, o ordenamento jurídico brasileiro apresenta tratamento fragmentado sobre a matéria. Enquanto algumas unidades

⁵⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

federativas editaram legislações que reconhecem o direito de escolha da gestante, como o estado de São Paulo, outras caminham em sentido oposto, a exemplo do estado do Paraná, onde a decisão judicial na ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) nº 0025602-06.2022.8.16.0000/2024, declarou a inconstitucionalidade da norma permissiva estadual, constante no art. 111, inciso VII, §1º a 4º, da Lei Estadual nº 21.926/2024. Tal disparidade normativa evidencia a inexistência de um parâmetro nacional uniforme acerca do direito de escolha do tipo de parto pelo SUS.

A coexistência de legislações estaduais antagônicas e decisões judiciais divergentes, configura um verdadeiro limbo jurídico, no qual o exercício da autonomia reprodutiva da gestante depende do unidade federativa em que se encontra. Essa insegurança normativa repercute diretamente na esfera bioética, uma vez que compromete princípios fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

A imposição institucional do parto vaginal, sem consideração adequada da vontade da gestante, pode resultar na adoção de práticas contraditórias, como a indução do parto, procedimento que, embora clinicamente indicado em situações específicas, quando utilizado de forma protocolar ou coercitiva, pode

acarretar "ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução"⁶⁰, consequências que se aproximam do conceito de violência obstétrica, como podemos verificar no excerto abaixo, com a conceituação de Júlio Camargo de Azevedo⁶¹:

É possível afirmar que a violência na atenção obstétrica corresponde a qualquer ação ou omissão, culposa ou dolosa, praticada por profissionais da saúde, durante as fases pré- natal, parto, puerpério e pós-natal, ou, ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que, violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado.

Dessa forma, a problemática transcende o debate médico e alcança o campo jurídico-bioético, exigindo reflexão crítica sobre os limites da atuação estatal, a proteção dos direitos reprodutivos e a necessidade de harmonização entre políticas públicas de saúde e os direitos fundamentais das mulheres.

Parte-se da hipótese central de que a ausência de uma normatização nacional clara

⁶⁰ SOUZA, Alex S. R.; COSTA, Aurélio A. R.; COUTINHO, Isabela; *et al.* *Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades*. FEMINA, Recife, v. 38, n. 4, p. 185-194, p. 190. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2026.

⁶¹ MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad. Esc. Dir. Rel. Int.*, v. 2, n. 25, p. 48-60, jul/dez 2016.

sobre o tema, aliada à imposição institucional do parto vaginal, viola a autonomia da gestante e expõe mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica à práticas potencialmente lesivas, sob a ótica bioética e dos direitos humanos.

Desta forma, o objetivo geral do estudo é analisar a legitimidade das restrições impostas à escolha do tipo de parto na rede pública de saúde brasileira. Como objetivos específicos, pretende-se: examinar o arcabouço normativo e jurisprudencial sobre o tema; identificar as implicações bioéticas da imposição do parto vaginal; discutir a relação entre autonomia reprodutiva, violência obstétrica e políticas públicas de saúde; apontar a necessidade de uniformização normativa e de fortalecimento dos direitos das gestantes no SUS.

A pesquisa adota metodologia qualitativa, de caráter exploratório e analítico, com base em revisão bibliográfica e documental. Foram analisados dispositivos constitucionais, legislação infraconstitucional, leis estaduais, decisões judiciais, além de documentos técnicos e estudos científicos relevantes, com destaque para dados oficiais sobre assistência obstétrica no Brasil.

A delimitação do estudo concentra-se na análise do direito de escolha do tipo de parto no âmbito do SUS, não abrangendo a realidade da saúde suplementar. O recorte temporal privilegia o período posterior à edição das legislações

estaduais mais recentes e às decisões judiciais que impactaram diretamente o tema, buscando compreender o atual estágio do debate jurídico-bioético no país.

Mesmo que a presente pesquisa não se aprofunde na análise da assistência obstétrica da saúde suplementar, é importante destacar a realidade prática sobre a escolha do tipo de parto, em que há maior liberalidade na rede privada de saúde, em comparação ao serviço público. Conforme os dados apresentados no estudo histórico *Nascer no Brasil*, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz)⁶²:

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto. No Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado financia a assistência que será ofertada em serviços públicos ou privados contratados, os chamados serviços mistos. No SUS, as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão. De modo geral, a indicação de uma cesariana é feita mediante o diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da

⁶² BRITO, A. C. P. *et al.* Desigualdades na atenção ao trabalho de parto e parto no Brasil: evidências do inquérito *Nascer no Brasil II. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, supl. 1, e00000624, 2024.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNjNLzstXTQngsj/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2026.

mulher. Além do SUS, há a oferta de serviços privados no Brasil, com parto financiado por pagamento direto ou por meio de planos de saúde. Nesse sistema, o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado geralmente por um médico de escolha da mulher, com maternidades trabalhando com corpo clínico aberto, nos quais os médicos utilizam apenas a estrutura hospitalar, mas não mantêm vínculo empregatício com o serviço. No setor privado, existe a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra.

1 O DIREITO À SAÚDE E À AUTONOMIA REPRODUTIVA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 inaugurou no ordenamento jurídico brasileiro um novo paradigma de proteção aos direitos fundamentais, assentado sobre a centralidade da pessoa humana, e o reconhecimento da sua dignidade como fundamento da República (art. 1º, inciso III)⁶³. No âmbito desse constitucionalismo democrático e social, o direito à saúde assume posição de destaque, não apenas como direito social, mas como expressão concreta da garantia de condições mínimas para o exercício pleno da cidadania e da liberdade individual.

Nesse contexto, a saúde reprodutiva insere-se como dimensão essencial do direito à

saúde, compreendendo não somente a ausência de enfermidades, mas o completo bem-estar físico, psíquico e social da pessoa, conforme consagrado em documentos internacionais de direitos humanos, e incorporado, ainda que implicitamente, à ordem constitucional brasileira. A experiência gestacional e o parto, portanto, não podem ser tratados como eventos meramente biológicos ou técnicos, mas como processos profundamente atravessados por escolhas pessoais, valores existenciais e direitos fundamentais.

A autonomia reprodutiva da mulher, enquanto expressão da liberdade individual e da autodeterminação corporal, encontra respaldo direto e indireto na Constituição Federal, especialmente nos direitos à dignidade, à liberdade, à integridade física e psíquica, bem como à igualdade material. Tais garantias impõem limites à atuação estatal, o que inclui as políticas públicas de saúde, exigindo que o Estado atue como garantidor — e não como substituto — da vontade da gestante, salvo em situações excepcionais, justificadas por critérios técnicos estritos e devidamente fundamentados.

No âmbito da assistência obstétrica, essa perspectiva constitucional demanda a superação de modelos paternalistas e medicalizados, historicamente marcados pela desconsideração da vontade da mulher e pela naturalização do sofrimento feminino. A imposição institucional de determinadas vias de parto, sem o consentimento livre e esclarecido da gestante,

⁶³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

revela-se incompatível com o projeto constitucional de 1988, na medida em que subordina a autonomia individual a protocolos genéricos e a escolhas administrativas, esvaziando o conteúdo essencial dos direitos fundamentais envolvidos.

A Constituição atribui ao Estado o dever de promover políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (ainda no âmbito do art. 196), o que inclui não apenas a oferta de procedimentos, mas também a garantia de informação adequada, de tratamento digno e de respeito às escolhas reprodutivas. A omissão ou a atuação restritiva do Poder Público, quando resulta na supressão da autonomia da gestante, configura violação constitucional, especialmente quando atinge de forma mais intensa mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, usuárias exclusivas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cumprir destacar, ainda, que a proteção constitucional à maternidade e à infância, prevista em diversos dispositivos da Carta Magna de 1988, não pode ser interpretada de forma dissociada dos direitos da gestante. Ao contrário, a tutela do nascituro e da criança pressupõe, necessariamente, a proteção integral da mulher, reconhecendo-a como sujeito de direitos e protagonista do processo gestacional. Qualquer interpretação que sacrifique a autonomia materna, em nome de uma proteção abstrata da maternidade, revela-se incompatível com a

lógica constitucional da dignidade humana e da igualdade de gênero.

Dessa forma, a análise do direito à saúde e à autonomia reprodutiva, à luz da Constituição Federal de 1988, evidencia que a escolha do tipo de parto insere-se no núcleo essencial dos direitos fundamentais da gestante. Tal escolha não constitui prerrogativa discricionária do Estado, tampouco concessão administrativa, mas expressão legítima da liberdade reprodutiva, devendo ser respeitada e promovida por políticas públicas que harmonizem segurança clínica, ética médica e direitos fundamentais.

2.1 A Dignidade Da Pessoa Humana E O Princípio Da Autonomia Da Vontade

A dignidade da pessoa humana, erigida à fundamento da República Federativa do Brasil, constitui o eixo axiológico, a partir do qual se irradiam os direitos fundamentais, funcionando como critério hermenêutico para a interpretação de todo o ordenamento jurídico. No campo da saúde e, de modo mais específico, da saúde reprodutiva, a dignidade assume contornos concretos, ao assegurar que a pessoa não seja reduzida a mero objeto de intervenções estatais ou médicas, mas reconhecida como sujeito de direitos, dotado de capacidade de escolha e autodeterminação. Kant, inclusive, afirma que "autonomia é... a razão da dignidade". Em acréscimo, a doutrina desenvolve, isto é, dá profundidade a essa premissa, ao defender que⁶⁴

⁶⁴ PIEROTH, Bodo; SCHLINK, Bernhard. *Direitos fundamentais*. (Série IDP). 3. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.202. ISBN 9786553629400.

Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786553629400/>. Acesso em: 02 jan. 2026.

O homem, livre e dotado e obrigado a autorregular-se racionalmente, é sujeito e existe como fim em si próprio, não como objeto ou meio para uso de outros — seja para o Estado, seja para outra pessoa.

Nesse sentido, o princípio da autonomia da vontade emerge como expressão direta da dignidade humana, especialmente quando se trata de decisões existenciais, que envolvem o corpo, a integridade física e psíquica e o projeto de vida do indivíduo. A experiência gestacional, longe de ser um evento exclusivamente biológico, envolve escolhas íntimas, valores pessoais e expectativas subjetivas, que não podem ser subjugadas a protocolos padronizados ou a concepções morais, alheias à vontade da gestante.

A negação da autonomia da mulher no processo de escolha do tipo de parto, representa, portanto, uma violação direta à dignidade da pessoa humana, na medida em que a submete à decisões heterônomas, frequentemente justificadas por argumentos de eficiência administrativa ou por visões naturalizadas do sofrimento feminino. Tal lógica, ao esvaziar o consentimento livre e esclarecido, aproxima-se de práticas paternalistas, incompatíveis com o constitucionalismo contemporâneo e com os avanços bioéticos, que colocam a autonomia como princípio central da relação entre a paciente e o sistema de saúde.

Os direitos sexuais e reprodutivos, embora não expressamente nominados na Constituição Federal, decorrem diretamente do conjunto de direitos fundamentais à liberdade, à igualdade, à dignidade e à integridade física e psíquica. Esses, por sua vez, encontram respaldo, tanto no texto constitucional, quanto em tratados internacionais de direitos humanos, ratificados pelo Brasil, os quais reconhecem a mulher como sujeito pleno de direitos sobre seu corpo e sua vida reprodutiva.

A liberdade reprodutiva compreende, entre outros aspectos, o direito de decidir de forma livre e informada sobre os processos que envolvem a gestação e o parto, incluindo a escolha da via de parto, desde que inexistam impedimentos clínicos relevantes. A imposição de práticas obstétricas, sem o consentimento da gestante, ou a limitação injustificada de suas opções, viola não apenas a sua autonomia, mas também a sua integridade física e psíquica, ao desconsiderar o impacto emocional, psicológico e corporal dessas decisões. Esse direito é afetado, em uma análise abrangente, por padrões sociais e culturais de comportamento, estabelecendo "condutas esperadas e reprováveis", o que permite restrições à liberdade

1.2 Direitos Sexuais E Reprodutivos: Liberdade, Autodeterminação E Integridade Física E Psíquica Da Gestante

sexual e reprodutiva das mulheres, mesmo na atualidade⁶⁵.

Nesse ponto, evidencia-se a correlação entre os direitos reprodutivos e o direito à saúde: a restrição da autonomia da gestante não se traduz apenas em violação abstrata de liberdade, mas em danos concretos ao seu bem-estar, potencializados por contextos de dor não aliviada, intervenções desnecessárias e experiências de parto marcadas por sofrimento e desumanização. Tais práticas, quando institucionalizadas, aproximam-se do conceito de violência obstétrica, reforçando a vulnerabilidade das mulheres no sistema público de saúde.

A proteção constitucional da integridade da gestante, portanto, exige que o Estado reconheça os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante do núcleo essencial dos direitos fundamentais, garantindo condições para que a mulher exerça sua autodeterminação de forma efetiva e segura.

1.3 A Proteção Constitucional À Maternidade E À Infância

A Constituição Federal de 1988 assegura proteção especial à maternidade e à infância, notadamente nos artigos 6º, 7º, XVIII, 201, II, e 227⁶⁶, consagrando um modelo de tutela que visa garantir o desenvolvimento saudável da criança e o amparo à mulher, no período gestacional e pós-parto. Essa proteção, contudo, não pode ser

interpretada de maneira dissociada dos direitos fundamentais da gestante, sob pena de se converter em instrumento de restrição indevida da autonomia feminina.

A tutela constitucional da maternidade pressupõe o reconhecimento da mulher como sujeito central do processo gestacional, cuja dignidade, saúde e integridade devem ser preservadas. A defesa abstrata do interesse do nascituro ou da criança não autoriza a anulação da vontade da gestante, especialmente quando não há risco concreto e individualizado à saúde fetal. Pelo contrário, a promoção do melhor interesse da criança está intrinsecamente ligada à garantia de uma experiência gestacional e de parto digna, segura e respeitosa para a mãe.

Nesse sentido, a proteção à maternidade e à infância deve ser compreendida de forma integrada aos princípios da dignidade humana, da autonomia da vontade e do direito à saúde. Qualquer interpretação que hierarquize tais valores, de maneira a submeter a mulher à práticas coercitivas, revela-se incompatível com o projeto constitucional de igualdade material e de superação das desigualdades de gênero.

Assim, a Constituição de 1988 impõe uma leitura sistêmica e humanizada da proteção à maternidade, na qual o respeito à autonomia reprodutiva da gestante não se apresenta como obstáculo, mas como condição indispensável

⁶⁵ FERRAZ, Carolina V. *Série IDP – Manual dos direitos da mulher*, 1ª Edição.. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013. E-book. p.33. ISBN 9788502199255. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502199255/>. Acesso em: 12 dez. 2025.

⁶⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

para a efetivação plena dos direitos da criança e da família.

2 BIOÉTICA, AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

A atenção obstétrica constitui um dos campos mais sensíveis da prática em saúde, por envolver simultaneamente decisões clínicas complexas, direitos fundamentais da gestante e interesses relacionados à proteção da vida em formação. Nesse cenário, a bioética assume papel central, como instrumento de mediação entre o saber técnico-científico e a tutela da dignidade humana, oferecendo parâmetros normativos para a atuação dos profissionais de saúde e para a formulação de políticas públicas compatíveis com os direitos fundamentais.

A partir do paradigma bioético contemporâneo, especialmente aquele estruturado nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça⁶⁷, a relação médico-paciente deixa de ser hierárquica e paternalista, para assumir caráter dialógico, no qual a vontade da paciente ocupa posição central⁶⁸. No contexto obstétrico, essa transformação adquire relevância ainda maior, diante da histórica medicalização do parto, e da recorrente exclusão da mulher dos processos decisórios que envolvem seu próprio corpo.

A autonomia reprodutiva da gestante, conforme já delineado no capítulo anterior, não se esgota no plano constitucional, encontrando na bioética um campo de concretização prática. A exigência de consentimento informado, a limitação ética das intervenções médicas e o reconhecimento da violência obstétrica como violação de direitos humanos, são elementos que reforçam a necessidade de uma atenção obstétrica centrada na mulher, orientada pela dignidade, pelo respeito e pela responsabilização profissional. Inclusive, afirma-se doutrinariamente que sempre há a chamada "prioridade léxica" da autonomia pessoal sobre qualquer outro princípio moral⁶⁹.

Nesse sentido, o presente capítulo busca analisar a interface entre bioética, autonomia e consentimento informado, na atenção obstétrica, evidenciando como a desconsideração desses princípios contribui para práticas coercitivas, para o sofrimento evitável e para a perpetuação de desigualdades estruturais no acesso à saúde reprodutiva.

2.1 Fundamentos Da Bioética: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência E Justiça

A bioética contemporânea, especialmente a partir da sistematização proposta por Tom L. Beauchamp e James F.

⁶⁷ SILVA, José Vitor da. *Bioética: Visão Multidimensional*. Rio de Janeiro: IÁTRIA, 2010. E-book. p.43. ISBN 9788576140863. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788576140863/>. Acesso em: 10 out. 2025.

⁶⁸ SILVA, *op. cit.*, p. 45.

⁶⁹ LEITE, Novais, Alinne A. *Tratado de bioética jurídica*. São Paulo: Almedina Brasil, 2024. E-book. p.15. ISBN 9786556275659. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556275659/>. Acesso em: 05 set. 2025.

Childress em 1979, estrutura-se em torno de quatro princípios fundamentais, quais sejam, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, os quais funcionam como parâmetros normativos para a prática em saúde. Essa sistematização, por conseguinte, ocasionou a alcunha “bioética do principialismo”⁷⁰. Os princípios, no entanto, não operam de forma isolada, mas em constante tensão e complementaridade, exigindo ponderação contextualizada, em cada situação concreta.

No âmbito da atenção obstétrica, o princípio da autonomia assume especial relevância, pois envolve decisões profundamente ligadas à identidade, à corporeidade e à experiência subjetiva da gestante. Reconhecer a autonomia significa admitir a mulher como agente moral capaz de deliberar sobre seu próprio corpo, desde que devidamente informada.

A beneficência e a não maleficência, por sua vez, impõem ao profissional de saúde o dever de agir no melhor interesse da paciente e de evitar danos desnecessários. Contudo, tais princípios não podem ser utilizados como justificativa abstrata para a supressão da autonomia da gestante. A definição do que é “benéfico” ou “prejudicial” não pode ser dissociada da percepção da própria mulher acerca dos riscos, benefícios e impactos físicos e psíquicos do procedimento proposto.

Já o princípio da justiça, especialmente em sua dimensão distributiva, revela-se

essencial no contexto do SUS. A justiça bioética exige que, o acesso a opções terapêuticas, métodos de alívio da dor e respeito à vontade da paciente, não seja condicionado à classe social ou à capacidade econômica. A restrição da escolha do tipo de parto às usuárias do SUS, em contraste com a maior autonomia, conferida às mulheres da saúde suplementar, evidencia uma assimetria incompatível com a justiça e com a equidade, que orientam o sistema público de saúde.

2.2 O Consentimento Informado Como Expressão Da Autonomia Da Paciente

O consentimento informado constitui um dos pilares da bioética e da ética médica contemporânea, representando a materialização prática do princípio da autonomia. Trata-se de um processo contínuo de comunicação, no qual a paciente recebe informações claras, completas e acessíveis sobre as alternativas disponíveis, seus riscos, benefícios e possíveis consequências, podendo deliberar livremente sobre sua aceitação ou recusa. A informação, em âmbito bioético, é defendida como instrumento para o exercício do princípio da autonomia⁷¹. No entanto, o que ocorre é um modelo paternalista de assistência, fazendo com que a relação médico-paciente seja assimétrica, “colocando o profissional de saúde em uma posição de superioridade em relação a seu paciente”⁷².

⁷⁰ COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. *Bioética, direito e medicina*. Barueri: Manole, [Inserir ano de publicação]. E-book. p.37. ISBN 9788520458587. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458587/>. Acesso em: 11 jan. 2026.

⁷¹ SILVA, *op. cit.*, p. 42.

⁷² SILVA, *op. cit.*, p. 43.

Na atenção obstétrica, o consentimento informado adquire contornos específicos, uma vez que o parto envolve múltiplas intervenções possíveis, muitas delas com impactos significativos sobre o corpo e a psique da gestante. A escolha da via de parto, o uso de métodos de indução, a administração de analgesia e a realização de procedimentos invasivos, devem ser precedidos de informação adequada e do consentimento expresso da mulher, salvo em situações emergenciais, devidamente justificadas.

A prática de impor o parto vaginal como regra institucional, sem oferecer à gestante a possibilidade real de escolha, ou sem esclarecer de forma equilibrada as alternativas disponíveis, descaracteriza o consentimento informado e reduz a paciente a objeto da decisão médica. Nessas circunstâncias, o consentimento torna-se meramente formal ou inexistente, comprometendo a sua validade ética e jurídica.

Além disso, a ausência de informação adequada ou a minimização deliberada da dor, dos riscos e das alternativas disponíveis, configura violação da autonomia e contribui para experiências de parto marcadas por medo, sofrimento e sensação de perda de controle, elementos frequentemente relatados em contextos de violência obstétrica.

A atuação médica encontra limites éticos claros, quando confrontada com a vontade expressa da paciente. Embora o profissional de saúde detenha conhecimento técnico-científico e deva zelar pela segurança clínica, tal autoridade não se sobrepõe automaticamente à autonomia da gestante. O papel ético do médico é orientar, esclarecer e recomendar, e não substituir a vontade da paciente por decisões unilaterais.

No contexto obstétrico, esses limites tornam-se especialmente sensíveis, diante da coexistência de interesses da gestante e do feto. Contudo, a proteção da vida em formação não autoriza, por si só, a supressão da autonomia materna, sobretudo quando inexistem riscos concretos e individualizados à saúde fetal. A ética biomédica contemporânea rejeita intervenções coercitivas baseadas em riscos hipotéticos ou em protocolos generalizados.

A recusa da gestante a determinados procedimentos, ou a sua preferência por determinada via de parto, deve ser respeitada, desde que informada e consciente. A insistência médica em impor condutas contrárias à vontade da mulher, ainda que sob o argumento de zelo técnico, pode configurar violação ética, sobretudo quando desconsidera os impactos físicos e emocionais da decisão imposta.

Assim, o limite ético da atuação médica reside na conjugação entre competência técnica e respeito à autodeterminação da paciente, sendo inadmissível a instrumentalização do corpo da mulher, em nome de uma suposta neutralidade científica.

2.3 O Conceito E Os Desdobramentos Da Violência Obstétrica No Contexto Jurídico

A definição de violência obstétrica possui uma amplitude de vertentes. No entanto, para nortear a presente pesquisa, será utilizada a conceituação proposta por D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), com os seguintes componentes: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e

violência sexual (assédio sexual e estupro)⁷³. É possível inferir que esta conceituação abrange práticas como intervenções desnecessárias, procedimentos realizados sem consentimento, negação de alívio da dor, humilhações verbais e imposição de condutas contrárias à vontade da gestante.

Sob a perspectiva jurídico-bioética, a violência obstétrica representa a negação concreta dos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Ao naturalizar o sofrimento feminino e deslegitimar a experiência subjetiva da mulher, tais práticas perpetuam desigualdades de gênero e reforçam a vulnerabilidade das usuárias do sistema público de saúde.

No campo jurídico, a violência obstétrica pode ensejar responsabilização civil, administrativa e, em determinadas hipóteses, penal, além de configurar violação a direitos humanos reconhecidos em tratados internacionais. A ausência de tipificação penal específica não afasta sua relevância jurídica, tampouco impede o reconhecimento de danos morais, físicos e existenciais decorrentes dessas práticas.

A imposição institucional do parto vaginal, associada à restrição do acesso à

analgesia e à desconsideração da vontade da gestante, insere-se nesse contexto como prática potencialmente violenta, sobretudo quando fundamentada em argumentos moralizantes ou em estereótipos de gênero. Assim, o enfrentamento da violência obstétrica exige não apenas mudanças normativas, mas a incorporação efetiva da bioética e do respeito à autonomia, como eixos estruturantes da atenção obstétrica.

O ordenamento jurídico brasileiro adota, em matéria de saúde, um modelo de federalismo cooperativo, no qual União, Estados e Municípios compartilham competências legislativas e administrativas. A Constituição Federal de 1988 atribui à União a edição de normas gerais (art. 24, XII, CF/88)⁷⁴, cabendo aos Estados o exercício da competência suplementar, desde que respeitados os parâmetros nacionais.

No âmbito obstétrico, inexistente, até o presente momento, lei federal específica que regule expressamente o direito da gestante à escolha da via de parto. O que se observa é um conjunto fragmentado de normas infraconstitucionais — como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)⁷⁵ e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)⁷⁶ — que priorizam o chamado “parto natural cuidadoso” e

⁷³ ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia & Sociedade, [S. l.], v. 29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/I7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2025.

⁷⁴ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

⁷⁵ BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 17 nov. 2025.

⁷⁶ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Presidência da República. Disponível em:

indicam a cesariana como intervenção preferencialmente vinculada a critérios médicos.

Essa lacuna normativa federal abriu espaço para iniciativas estaduais, que passaram a legislar sobre o tema sob o argumento de proteção à saúde da mulher, à autonomia reprodutiva e à humanização do parto. O resultado, contudo, foi a formação de um cenário normativo heterogêneo, marcado por legislações estaduais com conteúdos diametralmente opostos, gerando insegurança jurídica, desigualdade material entre gestantes de diferentes unidades federativas e intenso debate constitucional.

2.4 Aspectos Culturais E Jurídicos Da Naturalização Da Dor

A naturalização da dor no parto constitui um fenômeno multifacetado, resultante da intersecção entre construções culturais historicamente consolidadas, relações de gênero assimétricas e práticas institucionais arraigadas no sistema de saúde. No contexto brasileiro, tal naturalização manifesta-se de forma particularmente intensa na atenção obstétrica prestada às mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, operando como elemento legitimador de intervenções coercitivas, da negação de métodos de alívio da dor e da relativização da autonomia reprodutiva.

A partir da perspectiva bioética, conforme desenvolvido no capítulo anterior, a naturalização da dor revela-se incompatível com os princípios

da beneficência e da não maleficência. A manutenção deliberada do sofrimento, sob o argumento de que ele integra a "natureza" do parto, desconsidera o dever ético de minimizar danos e ignora os impactos psíquicos e emocionais decorrentes de experiências de dor intensa e desassistida. Ademais, a seletividade social no acesso ao alívio da dor — mais disponível na saúde suplementar do que no SUS — evidencia violação ao princípio da justiça, aprofundando desigualdades estruturais entre mulheres de diferentes contextos socioeconômicos.

No plano jurídico-conceitual, a naturalização da dor no parto constitui elemento central na caracterização da violência obstétrica. Ao legitimar práticas que negam conforto, autonomia e respeito à subjetividade da gestante, o sistema de saúde incorre em formas sutis, porém estruturais, de violência institucional. A jurisprudência e a doutrina vêm reconhecendo que a dor não consentida, quando evitável, ultrapassa o limite do risco inerente ao procedimento e ingressa no campo da ilicitude, especialmente quando associada a discursos moralizantes ou humilhantes.

3 O CENÁRIO NORMATIVO NACIONAL E ESTADUAL: OMISSÃO E DIVERGÊNCIAS

A lacuna normativa federal abriu espaço para iniciativas estaduais, que passaram a

legislar sobre o tema sob o argumento de proteção à saúde da mulher, à autonomia reprodutiva e à humanização do parto. O resultado, contudo, foi a formação de um cenário normativo heterogêneo, marcado por legislações estaduais com conteúdos diametralmente opostos, gerando insegurança jurídica, desigualdade material entre gestantes de diferentes unidades federativas e intenso debate constitucional.

3.1 O Modelo Paulista: Autonomia Da Parturiente E Bioética Na Lei Nº 17.137/2019

O Estado de São Paulo adotou um modelo normativo permissivo, consagrado na Lei nº 17.137/2019⁷⁷, que garante à parturiente o direito de optar pela cesariana eletiva a partir da 39ª semana de gestação, bem como o direito à analgesia no parto vaginal, desde que observados os protocolos de consentimento livre e esclarecido.

A lei paulista estrutura-se claramente sobre três pilares: autonomia da vontade da gestante; consentimento informado; respeito à autonomia profissional do médico, mediante possibilidade de encaminhamento a outro profissional em caso de divergência.

As razões do projeto de lei que originou a lei supracitada (PL nº 435/2019⁷⁸) revelam uma fundamentação explicitamente bioética e constitucional. A justificativa denuncia a superação do modelo médico-paternalista e a ascensão de uma bioética horizontal, baseada nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Destaca-se o argumento de que a imposição do parto vaginal, especialmente na rede pública, pode representar verdadeira violência obstétrica, sobretudo diante da negativa sistemática de analgesia e da desconsideração da vontade expressa da mulher.

O discurso legislativo paulista também enfatiza a dimensão socioeconômica da questão, apontando que mulheres usuárias do SUS são as mais vulneráveis à imposição de modelos de parto, ao passo que mulheres da rede privada dispõem de maior margem decisória. Assim, a lei é apresentada como instrumento de igualação material de direitos fundamentais, e não como estímulo indiscriminado à cesariana.

Apesar disso, a norma foi alvo de questionamentos judiciais, tendo o TJSP inicialmente declarado sua inconstitucionalidade por suposta invasão da competência da União. Tal entendimento, contudo, foi posteriormente reformado por decisão monocrática do STF no RE nº 1.309.195/SP⁷⁹, que reconheceu a legitimidade

⁷⁷ BRASIL (Estado de São Paulo). *Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019*. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 05 jan. 2026.

⁷⁸ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ALESP). *Propositura nº 1000262934*. Disponível

em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 04 nov. 2025.

⁷⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). *Recurso Extraordinário nº 1.309.195/SP (Lei Estadual nº 17.137/2019)*. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski; decisão monocrática em 30 jun. 2021; processo eletrônico DJe-131, divulgado em 01-07-2021, publicado

da atuação estadual na suplementação normativa em matéria de saúde, especialmente quando voltada à concretização de direitos fundamentais da mulher.

3.2 O Modelo Paranaense: Proteção À Saúde Pública, Evidência Científica E Restrição À Autonomia

Em sentido oposto, o Estado do Paraná consolidou um modelo normativo restritivo, reforçado pela decisão do Órgão Especial do TJPR na ADI nº 0025602-06.2022.8.16.0000⁸⁰, que declarou a inconstitucionalidade de dispositivos que ampliavam o poder decisório da gestante quanto à modalidade de parto.

O núcleo argumentativo do TJPR repousa sobre três fundamentos principais:

- I. Usurpação da competência da União, ao contrariar normas federais e diretrizes nacionais que vinculam a cesariana à indicação médica;
- II. Proteção da saúde da gestante e do nascituro, com base em consensos científicos que desestimulam cesarianas eletivas;
- III. Prevalência da evidência científica sobre a vontade individual, sob o argumento de que a saúde pública não pode ser regulada pela “mera volição emocional”.

A Corte paranaense atribui centralidade às diretrizes do Ministério da Saúde e aos pareceres de entidades médicas, como a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA) e a Sociedade Brasileira de Pediatria, que defendem o parto vaginal como regra, salvo indicação clínica específica.

Sob essa ótica, a autonomia da gestante é reconhecida de forma condicionada e mitigada, subordinada à avaliação técnica do profissional de saúde e aos protocolos nacionais, sendo compreendida mais como direito à informação do que como poder decisório efetivo.

3.3 Análise Comparada: A Autonomia e a Tutela Estatal Da Saúde

A análise comparada entre São Paulo e Paraná evidencia dois modelos normativos antagônicos: o estado de São Paulo privilegia a autonomia reprodutiva, o consentimento informado e a bioética principialista, entendendo que a proteção à saúde não se incompatibiliza com a liberdade de escolha quando respeitados critérios mínimos de segurança; já o estado do Paraná, adota uma lógica de tutela estatal da saúde pública, na qual a autonomia da gestante é relativizada em nome da evidência científica, da uniformidade do SUS e da proteção do nascituro.

em 02-07-2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/servicos/djef/publicacaoProcesso.asp?incidente=2188866-94.2019.8.26.0000>.

Acesso em: 04 dez. 2025.

⁸⁰ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ (TJPR). *Acórdão nº 0025602-06.2022.8.16.0000 (Ação Direta de Inconstitucionalidade)*. Órgão Julgador:

Órgão Especial; Relator: Des. Lauro Laertes de Oliveira; Julgamento: 17 jun. 2024; Publicação: 27 jun. 2024. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/4100000021094871/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-0025602-06.2022.8.16.0000>. Acesso em: 04 dez. 2025.

O conflito revela um limbo jurídico federativo, no qual o exercício de um direito fundamental varia conforme a unidade da federação, ferindo os princípios da isonomia, da segurança jurídica e da integralidade da atenção à saúde.

Além disso, a posição restritiva, ao absolutizar o discurso técnico-científico, corre o risco de reproduzir o paternalismo médico, justamente o modelo que a bioética contemporânea busca superar. Por outro lado, a posição permissiva enfrenta críticas quanto ao possível incentivo à medicalização excessiva do parto, o que exige cautela regulatória.

O embate entre os modelos paulista e paranaense não é meramente legislativo, mas reflete uma tensão estrutural entre autonomia individual e biopolítica estatal, entre direitos fundamentais e gestão da saúde pública. A ausência de uma norma geral federal clara aprofunda as assimetrias regionais e transfere ao Judiciário a tarefa de arbitrar conflitos que deveriam ser resolvidos no plano democrático-legislativo.

Nesse contexto, o direito de escolha do parto emerge como um campo privilegiado de análise jurídico-bioética, no qual se revelam, de forma aguda, os limites do federalismo sanitário brasileiro e os desafios contemporâneos à efetivação da autonomia reprodutiva feminina.

4 AS DEFINIÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto autoridade sanitária internacional, consolidou ao longo das últimas décadas um conjunto de diretrizes voltadas à promoção de boas práticas obstétricas, fundamentadas em evidências científicas e em uma abordagem centrada nos direitos humanos, dentre as quais a "Recomendações da OMS sobre intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias" (tradução livre do inglês)⁸¹.

Tais recomendações partem da compreensão de que o parto é um evento fisiológico, social e subjetivo, devendo ser conduzido de forma segura, respeitosa e orientada pela autonomia da mulher.

Entre os princípios estruturantes das recomendações da OMS, destaca-se a centralidade da mulher como sujeito de direitos, com reconhecimento de sua capacidade de decisão informada sobre os procedimentos a que será submetida. A OMS enfatiza que a experiência positiva do parto envolve não apenas a segurança clínica, mas também o respeito à dignidade, à privacidade, à comunicação adequada e ao alívio da dor, quando desejado pela parturiente.

No que se refere às intervenções obstétricas, a OMS recomenda a redução de

⁸¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155033-8. Disponível em:

https://files.magicapp.org/guideline/5642d3d3-04b1-4ab3-925b-b1f991a36378/published_guideline_9770-1_0.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

procedimentos desnecessários ou rotineiros, como induções sem indicação clínica, episiotomias sistemáticas e cesarianas eletivas não justificadas. Contudo, tais diretrizes não autorizam a imposição do parto vaginal como regra absoluta, ressaltando que a via de parto deve ser definida a partir de uma avaliação individualizada, que considere tanto critérios médicos quanto as preferências da gestante, expressas por meio de consentimento informado.

Especificamente quanto ao manejo da dor, a OMS reconhece que o alívio da dor no parto constitui elemento legítimo da atenção obstétrica de qualidade. As diretrizes internacionais afirmam que a mulher deve ter acesso a métodos farmacológicos e não farmacológicos de analgesia, devendo ser respeitada sua escolha quanto à utilização desses recursos. A negação sistemática do alívio da dor, sobretudo quando baseada em argumentos moralizantes ou em limitações organizacionais não justificadas, é considerada prática incompatível com a atenção obstétrica respeitosa.

Além disso, a OMS introduziu o conceito de cuidado respeitoso e livre de abusos, condenando práticas como humilhações verbais, coerção, intervenções sem consentimento e negligência assistencial⁸². Essas práticas são identificadas como violações éticas e

institucionais, capazes de causar danos físicos e psíquicos duradouros, e devem ser combatidas por meio de políticas públicas, capacitação profissional e mecanismos de responsabilização.

A normatividade internacional de direitos humanos exerce influência direta e vinculante sobre a interpretação do direito à saúde e da autonomia reprodutiva no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente em razão da incorporação de tratados internacionais com status supralegal ou constitucional, conforme entendimento consolidado do Supremo Tribunal Federal.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, assinada pelo Brasil em Nova York em 1981 e promulgada pelo Decreto nº 4.377, em 2002, prevê em seu art. 12º que⁸³

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao

⁸² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2014 (WHO/RHR/14.23). Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/134588>. Acesso em: 03 dez. 2025.

⁸³ BRASIL. *Decreto n.º 4.377, de 13 de setembro de 2002*. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto n.º 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

parto e ao período
posterior ao parto,
proporcionando
assistência gratuita
quando assim for
necessário, e lhe
assegurarão uma nutrição
adequada durante a
gravidez e a lactância.

É possível verificar que a Convenção impõe aos Estados signatários o dever de eliminar discriminações baseadas no gênero, inclusive no campo da saúde. O tratado inova ao reconhecer expressamente o direito das mulheres ao acesso a serviços adequados relacionados à gravidez, ao parto e ao pós-parto, ao qual é inerente o direito à informação e à tomada de decisões livres e responsáveis sobre sua saúde reprodutiva.

No contexto obstétrico, o referido tratado pode ser interpretado como instrumento de combate a práticas que negam autonomia às mulheres, ou que impõem sofrimento evitável. A recusa de acesso a métodos de alívio da dor, a imposição de vias de parto e a desconsideração da vontade da gestante são compreendidas como formas indiretas de discriminação, especialmente quando afetam de maneira desproporcional mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Por sua vez, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 1994, e promulgada pelo Brasil por meio do Decreto nº 1.973, em 1996, amplia a compreensão da violência

de gênero ao reconhecer que ela pode ocorrer tanto no espaço privado, quanto no âmbito institucional. A violência obstétrica, nesse sentido, insere-se no conceito de violência institucional, na medida em que resulta de ações ou omissões do Estado e de seus agentes que causem dano físico, sexual ou psicológico à mulher. Em seu art. 4º, prevê o direito das mulheres ao respeito da sua integridade física, mental e moral (alínea "b") e a dignidade inerente à sua pessoa (alínea "e")⁸⁴.

A imposição de sofrimento durante o parto, a realização de procedimentos sem consentimento e a negação deliberada de cuidados adequados configuram violações aos deveres assumidos pelo Brasil no plano internacional. A Convenção de Belém do Pará (nome alternativo) impõe ao Estado a obrigação de adotar medidas legislativas, administrativas e judiciais para prevenir tais práticas, o que inclui a revisão de protocolos assistenciais e a garantia de mecanismos de responsabilização.

A convergência entre as recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) e os tratados internacionais de direitos humanos evidencia que a atenção obstétrica deve ser orientada por um paradigma de cuidado centrado na mulher, no qual a segurança clínica não se dissocia da dignidade, da autonomia e do respeito à integridade física e psíquica.

Sob a perspectiva jurídica, tais instrumentos internacionais reforçam a

⁸⁴ BRASIL. *Decreto n.º 1.973, de 1.º de agosto de 1996*. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

interpretação constitucional segundo a qual o direito à saúde não se limita à oferta de procedimentos, mas compreende a garantia de escolhas informadas, de tratamento humanizado e de prevenção de práticas violentas. A ausência de regulamentação nacional clara sobre o direito de escolha do parto, aliada às divergências estaduais, revela um déficit de conformidade do ordenamento interno com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

Assim, as recomendações da OMS e os tratados internacionais funcionam como parâmetros hermenêuticos obrigatórios para a análise da autonomia reprodutiva e da violência obstétrica, impondo ao Estado brasileiro o dever de harmonizar suas políticas públicas, legislações e práticas institucionais com os padrões internacionais de direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma abordagem jurídico-bioética e interdisciplinar, evidenciou-se que a assistência obstétrica no país permanece marcada por tensões estruturais entre autonomia da gestante, modelos médicos paternalistas e políticas públicas de saúde orientadas por critérios administrativos e científicos nem sempre sensíveis à subjetividade feminina.

Constatou-se que o direito à saúde, compreendido em sua dimensão integral, abrange necessariamente a autonomia reprodutiva da mulher e o respeito à sua dignidade, à integridade física e psíquica e à liberdade de escolha informada. A Constituição Federal de 1988, ao consagrar a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e ao reconhecer a saúde como direito fundamental e dever do Estado, fornece sólido

suporte normativo para a proteção da autonomia da gestante no contexto do parto.

No plano bioético, verificou-se que a imposição institucional de condutas obstétricas, especialmente a obrigatoriedade do parto vaginal e a restrição ao acesso ao alívio da dor, contraria os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. A ausência ou fragilidade do consentimento informado na atenção obstétrica emerge como elemento central na caracterização da violência obstétrica, entendida como forma de violência institucional e de gênero.

A análise do cenário federativo revelou a existência de um verdadeiro limbo jurídico, materializado nas divergências entre legislações estaduais, como exemplificado pelos modelos antagônicos adotados por São Paulo e Paraná. Tal fragmentação normativa resulta em tratamento desigual das gestantes conforme a unidade da federação, violando os princípios da isonomia, da segurança jurídica e da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Diante dos achados apresentados, impõe-se a necessidade de aprimoramento normativo em âmbito nacional, mediante a edição de lei federal que estabeleça diretrizes gerais sobre o direito de escolha do tipo de parto, assegurando o consentimento livre e esclarecido, o acesso ao alívio da dor e a preservação da autonomia da gestante, sem prejuízo da segurança clínica. Tal medida contribuiria para a harmonização do sistema federativo e para a redução das desigualdades regionais.

No plano administrativo, recomenda-se o fortalecimento das políticas públicas de humanização do parto, com investimento na formação continuada de profissionais de saúde em bioética e direitos humanos, bem como na

ampliação da oferta de anestesia peridural e de equipes multiprofissionais no âmbito do SUS. A implementação de protocolos assistenciais que incorporem explicitamente o respeito à autonomia e à experiência subjetiva da gestante revela-se medida indispensável para a efetivação do direito à saúde em sua dimensão material.

Adicionalmente, sugere-se o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e responsabilização institucional, a fim de prevenir e enfrentar práticas caracterizadoras de violência obstétrica, garantindo às mulheres canais efetivos de denúncia e reparação.

A análise empreendida permite concluir que o debate sobre o direito de escolha do parto transcende a dicotomia entre parto vaginal e cesariana, inserindo-se em uma discussão mais ampla sobre liberdade obstétrica, igualdade de gênero e dignidade humana. O paradigma da liberdade obstétrica pressupõe o reconhecimento da mulher como protagonista do processo gestacional, titular de direitos e capaz de deliberar, de forma informada, sobre seu próprio corpo.

Nesse sentido, a superação de modelos paternalistas e de práticas institucionalizadas de sofrimento exige uma mudança cultural, jurídica e administrativa, alinhada aos valores constitucionais e aos padrões internacionais de direitos humanos. A consolidação de um modelo de atenção obstétrica respeitoso e centrado na autonomia da gestante não representa ameaça à saúde pública, mas, ao contrário, constitui condição necessária para a efetivação do direito fundamental à saúde em sua acepção mais plena.

Assim, a construção de um paradigma de liberdade obstétrica no Brasil impõe-se como desafio contemporâneo inadiável, cuja realização

depende do compromisso conjunto do legislador, da administração pública, dos profissionais de saúde e do sistema de justiça com a promoção da dignidade, da autonomia e do respeito às mulheres no momento do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Novais, Alinne A. *Tratado de bioética jurídica*. São Paulo: Almedina Brasil, 2024. E-book. p.15. ISBN 9786556275659. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556275659/>

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ALESP). *Propositura nº 1000262934*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. *Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996*. Diário Oficial da União, Brasília, 2 ago. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm

BRASIL. *Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002*. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL (Estado de São Paulo). *Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019*. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). *Recurso Extraordinário nº 1.309.195/SP (Lei Estadual nº 17.137/2019)*. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski; decisão monocrática em 30 jun. 2021; processo eletrônico DJe-131, divulgado em 01-07-2021, publicado em 02-07-2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/servicos/djef/publicacao/Processo.asp?incidente=2188866-94.2019.8.26.0000>

BRITO, A. C. P. et al. Desigualdades na atenção ao trabalho de parto e parto no Brasil: evidências do inquérito Nascer no Brasil II. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, supl. 1, e00000624, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNjNLzstXTQngsj/?lang=pt>

COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. *Bioética, direito e medicina*. Barueri: Manole, [Inserir ano de publicação]. E-book. p.37. ISBN 9788520458587. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458587/>

FERRAZ, Carolina V. Série IDP – *Manual dos direitos da mulher*, 1ª Edição. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013. E-book. p.33. ISBN 9788502199255. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502199255/>

LEITE, Novais, Alinne A. *Tratado de bioética jurídica*. São Paulo: Almedina Brasil, 2024. E-book. p.15. ISBN 9786556275659. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556275659/>

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad. Esc. Dir. Rel. Int.*, v. 2, n. 25, p. 48-60, jul/dez 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2014 (WHO/RHR/14.23). Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/134588>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *WHO recommendations on non-clinical interventions*

to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155033-8. Disponível em: https://files.magicapp.org/guideline/5642d3d3-04b1-4ab3-925b-b1f991a36378/published_guideline_9770-1_0.pdf

PIEROTH, Bodo; SCHLINK, Bernhard. *Direitos fundamentais*. (Série IDP). 3. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.202. ISBN 9786553629400. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786553629400/>

SILVA, José Vitor da. *Bioética: Visão Multidimensional*. Rio de Janeiro: IÁTRIA, 2010. E-book. p.43. ISBN 9788576140863. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788576140863/>

SOUZA, Alex S. R.; COSTA, Aurélio A. R.; COUTINHO, Isabela; et al. *Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades*. FEMINA, Recife, v. 38, n. 4, p. 185-194, p. 190. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ (TJPR). *Acórdão nº 0025602-06.2022.8.16.0000 (Ação Direta de Inconstitucionalidade)*. Órgão Julgador: Órgão Especial; Relator: Des. Lauro Laertes de Oliveira; Julgamento: 17 jun. 2024; Publicação: 27 jun. 2024. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/4100000021094871/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-0025602-06.2022.8.16.0000>

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, [S. l.], v. 29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>