

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP
FACULDADE DE DIREITO

Mariana Sanches Alencar Does
RA00240404

A autonomia da vontade da mulher
sobre o parto

Trabalho de Conclusão de Curso
Orientadora: Déborah Regina Lambach Ferreira da Costa

São Paulo
2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

FACULDADE DE DIREITO

Departamento de Direito Civil, Processual Civil e do

Trabalho

Mariana Sanches Alencar Does

**A autonomia da vontade da mulher
sobre o parto**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de BACHAREL em Direito, sob a orientação da Profa. Dra. Déborah R. Lambach Ferreira da Costa.

São Paulo

2024

*À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pelo excepcional corpo docente,
que me ensinou os alicerces da matéria jurídica e, consequentemente, de profissionalismo.*

À minha orientadora, pela solicitude e disposição diária.

À Bateria 22 de Agosto, por ser meu refúgio aos sábados.

*Aos meus pais, exemplos de amor incondicional,
que me permitiram viver o meu sonho.*

*À minha irmã, por ser minha confidente de todos os momentos
e minha professora em tempo integral.*

Ao Arthur, meu maior apoiador.

*A todos os que fizeram parte desses cinco anos, tornando-os especiais, meu mais
sincero obrigada.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus avôs e avós, por me darem o direito de aprender com seu convívio.

Aos meus pais, por me ensinarem o que é ser direito.

À minha irmã, por ser meu braço direito.

RESUMO

DORES, Mariana Sanches Alencar. **A autonomia da vontade da mulher sobre o parto.** 2024. 68 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Os avanços atuais referentes à autodeterminação da parturiente trazem a tônica necessária a ser apreciada pela presente pesquisa, por meio de análise jurisprudencial e doutrinária. *A priori*, ressalta-se que a capacidade completa e plena da mulher é evento recente na legislação brasileira. Também são novos os princípios da bioética, forjados a partir dos eventos drásticos e abomináveis da 2.^a Guerra Mundial. Esses elementos devem ser vistos com o plano de parto, o qual foi cunhado em 1980. Assim, diversas inovações ocorreram no último século, de forma abrupta. Apesar do cenário propenso à autogovernança da mulher no momento do parto, não se podem deixar de observar fatores, como o machismo e violência obstétrica, obstáculos para o direito de autonomia da vontade, bem como a garantia de saúde do feto e da parturiente. Foi utilizada a revisão bibliográfica nas áreas jurídicas, principalmente cíveis, penais e constitucionais, e médicas como metodologia.

Palavras-chave: Autonomia da Vontade. Plano de Parto. Autodeterminação da Parturiente. Violência Obstétrica. Direitos e Deveres do Médico e do Paciente.

ABSTRACT

DORES, Mariana Sanches Alencar. **A autonomia da vontade da mulher sobre o parto.** 2024. 68 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

The current advances regarding the self-determination of the parturient bring forward a crucial aspect to be examined in this research, through jurisprudential and doctrinal analysis. At first, it is important to highlight that the full and complete capacity of women is a recent event in Brazilian legislation. The principles of bioethics, also new, were forged in response to the drastic and abominable events of World War II. These elements must be considered alongside the birth plan, which was minted in 1980. Therefore, several innovations have occurred abruptly in the last century. Despite a scenario inclined to women's self-governance during childbirth, elements such as sexism and obstetric violence - obstacles to the right of autonomy of will, as well as the guarantee of health for both the fetus and the mother - cannot be overlooked. A bibliographical review of the legal fields, primarily civil, criminal, and constitutional, as well as medical areas, was used as the methodology.

Keywords: Freedom of choice. Birth Plan. Self-Determination of the Parturient. Obstetric Violence. Rights and Duties of Doctors and Patients.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 DA AUTONOMIA DA VONTADE	11
1.1 A autonomia da vontade na autodeterminação da mulher	12
1.2 Evolução histórica das legislações sobre as mulheres	15
1.3 Autonomia da vontade e consentimento	18
2 DIRETRIZES MÉDICAS	21
2.1 Juramento de Hipócrates	21
2.2 Bioética e princípios	24
2.2.1 Princípio da autonomia	25
2.2.2 Princípio da beneficência	26
2.2.3 Não maleficência	27
2.2.4 Princípio da justiça	27
2.4 Direitos e deveres do médico	29
2.4.1 Dever de cuidado	30
2.4.2 Dever de sigilo	31
2.4.3 Dever de informação	32
2.4.4 Dever de respeito à autonomia do paciente	34
2.4.5 Dever de abstenção de desvio de poder	34
2.5 Direitos e deveres do paciente	34
3 PLANEJAMENTO FAMILIAR	36
3.1 Demais direitos relacionados à gravidez	38
3.1.1 Direito à concepção	38
3.1.2 Direito à maternidade	39
4 AUTONOMIA DA MULHER NO MOMENTO DO PARTO	43
4.1 A violência obstétrica	43

4.2	Violência obstétrica: direito comparado	49
4.3	Plano de parto e a autonomia da vontade	52
4.4	Bioética e autonomia: limitações	54
5	CONCLUSÃO.....	56
	REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

A medicina é uma das ciências mais antigas da humanidade. A preocupação com a vida humana deve, assim, ser atualizada e corresponder à sociedade em que se encontra. Da mesma forma, pode-se entender o direito.

A medicina, apesar de sua tradicionalidade histórica, avança diariamente, tendo em vista novas pesquisas, tecnologias, métodos e o próprio entendimento do ser humano como paciente ou como profissional da saúde.

O direito, de maneira semelhante, apesar de avançar em ritmo não tão fervoroso quanto a medicina, apresentou diversas mudanças significativas, inclusive ao se considerar dos séculos XIX e XX ao atual.

Vale apresentar que essas alterações jurídicas impactam de forma relevante aspectos médicos, como o consentimento do paciente e sua autonomia da vontade.

O trabalho em questão objetiva a análise sobre essas conexões entre ambos os campos e os referidos avanços, principalmente ao se verificar o ponto de vista feminino, levando em conta que, para o Código Civil de 1916, a mulher casada era considerada relativamente incapaz para a prática de alguns atos da vida, como o próprio exercício de trabalho.

Portanto, com os novos entendimentos sobre a capacidade feminina, e, por conseguinte, sua possibilidade de autodeterminação e autonomia da vontade, há efetivo impacto também no entendimento da mulher na figura de paciente.

Assim, a partir dessa análise, o estudo pretende também verificar os direitos da mulher como grávida e no momento de seu parto.

Trata-se de uma visão um tanto quanto recente de que os médicos não podem exercer todo e qualquer procedimento que considerem adequado, sem o consentimento do paciente. O entendimento de que as mulheres têm a capacidade plena de se autodeterminarem é, igualmente, novo e, por vezes, ainda não é absolutamente completo.

Portanto, trata-se de recente demanda a análise que decorre de ambas as novidades mencionadas *supra*, isto é, a transferência de escolha ao paciente e o reconhecimento da capacidade da mulher.

Para tal propósito, necessita-se de exame voltado aos direitos relacionados ao planejamento familiar, como o próprio direito ao planejamento familiar, à gravidez e à maternidade, que representam expressão da autodeterminação feminina.

Por fim, defronta-se com o conflito de autonomia da vontade e suas limitações no momento do parto. Assim, deverão ser analisados todo o histórico da conquista da autonomia da vontade feminina e sua necessidade de sopesamento, ao se verificarem os princípios bioéticos e médicos, além de sua ponderação ao se considerar o domínio científico do profissional médico.

O presente trabalho tem como objetivo primordial, portanto, que se possa trazer à avaliação uma efetiva análise caso a caso referente ao direito que deva se sobressair, ao se considerarem a saúde da parturiente, do nascituro e o direito ao planejamento familiar.

Assim, o primeiro capítulo abordará o conceito de autonomia da vontade e sua relação com o consentimento, além de versar historicamente acerca do entendimento sobre a autonomia da vontade da mulher.

O segundo capítulo traz as diretrizes do exercício da função médica, desde um dos juramentos mais antigos do profissional, o Juramento de Hipócrates, analisando também os princípios da bioética, que ganharam repercussão vital principalmente pós-Segunda Guerra Mundial, até os direitos e deveres referentes à relação médico-paciente atual, cujo fundamento se encontra desde Hipócrates, mas que possui reflexos atuais no Código de Ética Médica.

Em seguida, o terceiro capítulo analisa os direitos relacionados ao planejamento familiar e como eles resultam da autonomia privada e, mais ainda, do entendimento mais recente da autonomia da vontade da mulher.

No quarto capítulo, verificar-se-á a efetiva autonomia da vontade da mulher no momento do parto, buscando a análise do embate desse direito perante diretrizes médicas, ainda mais ao se considerarem o risco de condutas à parturiente e ao recém-nascido e os casos de violência obstétrica. Por fim, trará a conclusão sobre a autonomia e suas limitações.

1 DA AUTONOMIA DA VONTADE

O filósofo alemão Immanuel Kant tem, como um de seus imperativos categóricos, que a vontade racional só pode obedecer a si. Com tal máxima, dá-se o grande embasamento para a autonomia da vontade.

Para a análise da problemática bioética, tem-se necessidade de, *a priori*, debruçar-se sobre o princípio norteador do direito civil da autonomia da vontade, isto é, a capacidade jurídica intrínseca ao ser humano de faculdade de praticar ou não atos. Toma sua importância ao se entender que a autonomia da vontade é o direito que se fundamenta nas vontades, não se tratando de uma imposição estatal sobre o dever de agir do cidadão.

Por meio da autonomia da vontade, portanto, a pessoa pode se autodeterminar, guiada por uma vontade interna, com liberdade de atuação. Assim entendem Janaína Reckziege e Roni Edson Fabro:

A autonomia privada, então, se constitui no gênero, enquanto que a autonomia da vontade pode ser a espécie, considerando a autonomia da vontade vinculada à vontade interna (psíquica) e à liberdade de atuação de cada pessoa, com a possibilidade de escolha do tipo de obrigação a que se pretende aderir, enquanto a autonomia privada, por sua vez, tem relação direta com a liberdade de contratação, ou seja, com a criação de normas para si.¹

Isso significa dizer que o princípio da autonomia da vontade atua em favor da dignidade da pessoa humana mediante a autodeterminação do indivíduo, tendo em vista que poderá fazer suas próprias escolhas, de acordo com sua moral e seus valores.

Esse somatório de dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade que enseja a autodeterminação deve ser visto sob mais de um foco. Não só representa a capacidade para autodeterminação, mas também o fornecimento de estrutura para tal exercício. Isso implica, portanto, que deve ser provido o mínimo existencial para sua autodeterminação pois, assim, alcançar-se-á o ideal em sua prática, não somente em teoria. Para o exercício pleno, depende, portanto, de condições pessoais. Aponta o Ministro Luís Roberto Barroso que, “para a adequada representação da realidade, que incluem informação e ausência de privações essenciais”.²

¹ RECKZIEGEL, Janaína; FABRO, Roni E. Autonomia da vontade e autonomia privada no sistema jurídico brasileiro. **Revista de Direito Brasileira**, v. 8, n. 4, p. 175, 2015.

² BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação (versão provisória para debate público). [s.d.]. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.

Barroso e Martel ainda dispõem sobre universalidade e inerência, que representam “o cunho ontológico da dignidade, isto é, seu caráter inerente e intrínseco a todo ser humano, impõe que ela seja respeitada e promovida de modo universal”.³

O princípio da autonomia da vontade, portanto, é a faculdade de o indivíduo agir em conformidade com sua própria razão, devendo, em maior parte, ter certa abstenção estatal.

1.1 A autonomia da vontade na autodeterminação da mulher

O princípio da autonomia da vontade se trata da autodeterminação pessoal, de agir conforme suas próprias escolhas. Para tanto, é necessário que se verifique uma liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas.

Não há que falar em autonomia da vontade e, conseqüentemente, em autodeterminação caso não seja garantida a liberdade moral de escolha. Ressalta-se que, tratando-se de relações pessoais e sociais, evidente que uma ação desvinculada de qualquer influência é praticamente impossível. Apesar disso, fato é que há casos em que se torna evidente o impedimento de liberdade e, por conseguinte, da autonomia da vontade.

Dessa forma, apresenta-se como uma das maiores conquistas feministas a inclusão de direitos sexuais e reprodutivos. Explica-se que os direitos sexuais se caracterizam pela “garantia do exercício da sexualidade de forma livre, autônoma e informada”, enquanto os reprodutivos se traduzem em “direito que toda pessoa tem de determinar se quer ou não ter filhos/as, e também como e quando isso deve ocorrer”⁴, devendo ambos ser exercidos sem coerção.

Em verdade, tratando-se especificamente de casos relacionados ao direito reprodutivo, existem eventuais hipóteses em que a mera vontade da mulher não se torna suficiente para o entendimento de liberdade de escolha.

De fato, com o avanço da medicina, encontrou-se a solução para diversos casos relacionados à dificuldade com a gestação, mais especificamente à infertilidade. Dessa maneira, foi conquistada a possibilidade de reproduções assistidas, como a fertilização *in vitro* e inseminação artificial. Não obstante, ainda restaram dificuldades relacionadas à gestação em

³ BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de C. V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. In: GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson R. **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 39. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

⁴ LIMA, Rita. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres**. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/DP_Cartilha_Direito_Sexuais_e_Reprodutivos_das_Mulheres_1+%281%29.pdf/fe1054d3-a30c-35a9-ad54-f8de3bcac462?t=1695835676292. Acesso em: 7 abr. 2024.

próprio útero e à gestação em famílias homoafetivas, que, apesar de ainda não se encontrar uma solução técnica definitiva, pode-se socorrer da gestação de substituição.

A gestação de substituição pode ser entendida pela gestação, em um útero de uma mulher, do filho de outrem. Entende-se que há dois tipos: a fecundação homóloga (na qual se usa o material genético dos pais) e a heteróloga (na qual se utiliza material genético de terceiros).

No caso desse procedimento, além de requerer que a cedente temporária tenha parentesco com um dos parceiros (critério que pode ser flexibilizado com a autorização do Conselho Regional de Medicina), é requisito indispensável que tenha ao menos um filho vivo, conforme Resolução CFM n.º 2.320/2022 (VII, 1, “a”).

A condição é imposta com o fim de que a mulher saiba e entenda todos os critérios físicos e psicológicos envolvidos na gravidez, ou melhor, somente uma mulher que passou pela gravidez entenderia definitivamente todos os fatores envolvidos. Nesse sentido, apresentam Camila Lopes Vendrami *et al.*: “É psicologicamente comum observar-se arrependimento, verificando-se que a mulher só consegue avaliar a profundidade de seu ato durante a gestação”.⁵

Assim, a liberdade moral de escolha para se autodeterminar estaria intrinsecamente relacionada não somente ao entendimento dos efeitos da gravidez, mas também por já tê-los vivenciado.

Nesse sentido, devem-se analisar outros aspectos relacionados à autodeterminação.

Em verdade, os direitos da personalidade possuem as características de intransmissibilidade e irrenunciabilidade, inclusive não podendo sofrer limitação voluntária, com exceção dos casos previstos em lei (artigo 11 do Código Civil de 2002).

Em decorrência desses dois aspectos, pode-se entender, ainda, que os direitos da personalidade são indisponíveis. Dispõem Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho:

Preferimos utilizar a expressão genérica “indisponibilidade” dos direitos da personalidade, pelo fato de que ela abarca tanto a intransmissibilidade (impossibilidade de modificação subjetiva, gratuita ou onerosa – inalienabilidade) quanto a irrenunciabilidade (impossibilidade de reconhecimento jurídico da manifestação volitiva de abandono do direito).

⁵ VENDRAMI, Camila L. *et al.* **Cessão temporária de útero**: aspectos éticos e ordenamento jurídico vigente. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n6/a1515.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

Os direitos da personalidade, portanto, encontram-se em patamar diferenciado dos demais direitos, ao passo que nem pela vontade da parte podem se dispor. Impossível, assim, o exercício livre da autonomia da vontade, haja vista sua limitação de escolha.

Por outro lado, visível o entendimento de que há certa relativização de tal característica, ao se verificar que o próprio artigo supracitado admite exceções, em casos previstos em lei. Ainda, ao se analisar tal aspecto concomitantemente ao princípio da dignidade da pessoa humana, identificam-se limitações.

Em verdade, o direito à integridade física não se trata de cuidar do próprio corpo da forma que o Estado apontar, mas sim da faculdade de o indivíduo resguardá-lo da maneira que quiser e achar necessário. Genericamente, portanto, tem-se que o princípio da indisponibilidade não pode ser entendido de modo absoluto, sob pena de deixar de ser direito. Assim entendem Claudia A. C. Lopes, Lucas, H. L. dos Santos e Cleber S. Otero, mencionando que, “se o sujeito tem uma esfera de autonomia para exercer seus interesses segundo sua própria vontade, ele também o deve ter para não o exercer”.

Relativamente às mulheres, possível verificar tal conflito também na gestação de substituição. Isso porque o método se trata de efetiva disponibilidade do próprio corpo para gestação de filho de outrem.

A disponibilidade do corpo, porém, tem certa aceitação social em casos específicos, como em labores de alto risco ou lesões com o fim de tatuagens. Entende-se como atuação da autonomia da vontade, assim como no caso de reprodução por gestação de substituição.

Para tanto, como já apresentado, devem ser preenchidos requisitos específicos, isto é, para ser caracterizada a disponibilidade de seu direito, necessitam-se de características previamente definidas.

Fato é, portanto, que há definida limitação da autonomia da vontade para que a mulher possa dispor de seu corpo para gestação de substituição, tratando-se de efetivo controle sobre sua autodeterminação.

Assim, verifica-se que a própria conquista de direitos reprodutivos encontra limitações até o momento, não bastando a mera vontade da mulher. Trata-se, portanto, de situações nas quais não há absoluta liberdade de escolha, encontrando delimitações legais e doutrinárias.

1.2 Evolução histórica das legislações sobre as mulheres

A mentalidade de uma sociedade encontra sua tradução refletida em suas leis. Em verdade, os códigos são grandes reflexos da moral de uma sociedade, bem como seus ideais, objetivos e cultura. Por essa razão, verifica-se o dinamismo jurídico, tendo em vista a necessidade de acompanhar uma série de interesses sociais altamente voláteis.

Como bem apresenta Jorge Rubem Folea de Oliveira: “o direito é fruto de uma realidade social”.⁶

Nesse sentido, é de fácil entendimento que a sociedade, desde seu primórdio, tem narrativas para criação e manutenção de uma sociedade evidentemente patriarcal.

Identifica-se tal movimento, inclusive, em leis divinas, como no próprio livro de Gênesis, sendo Eva apontada não só como a mulher que ludibriou Adão ao pecado, mas também se tornou a origem da perda do paraíso por toda a humanidade. Tal histórico daria azo à pregação católica de subjugação do feminino.

O catolicismo, porém, não é o único nesse aspecto. Em verdade, como exemplo pode-se citar a mitologia grega referente à caixa de Pandora, na qual esta seria, mais uma vez, a responsável por todos os males mundanos.

Dessa forma, todo um conjunto de aspectos é usado para uma manutenção de *status quo*, de dominação masculina e de uma sociedade machista e patriarcal. Não seria diferente, portanto, no âmbito legal.

A priori, ressaltam-se as Ordenações Filipinas, que se tratava de um compilado de normas da Coroa Portuguesa, cujo nome referenciava o monarca que editava. Nos livros das Ordenações, facilmente se encontravam dispositivos que entendiam por reduzida a capacidade da mulher. Discorrem Amanda Muniz Oliveira e Rodolpho Alexandre Santos Melo Bastos:

No Livro II, Título 37, por exemplo, dispõe-se que mulher com renda superior a cinquenta mil reis precisava pedir autorização do rei para se casar, sob pena de perder seus bens. [...] e o Título 61 elenca uma curiosa regra que se refere ao *Direito Velleano*: uma norma que desobriga as mulheres a atuarem como fiadoras, em razão de *fraqueza do entender*.⁷

Logo, de forma evidente, reduzia-se a capacidade da mulher por ser considerada “fraca do entender”, isto é, não podia se autodeterminar, uma vez ter sua capacidade afetada. Inclusive,

⁶ OLIVEIRA, Jorge R. F. de. O direito como meio de controle social ou como instrumento de mudança social? **Revista de Informação Legislativa**, v. 34, n. 136, p. 377, 1997.

⁷ OLIVEIRA, Amanda M.; BASTOS, Rodolpho A. S. M. A família de ontem, a família de hoje: considerações sobre o papel da mulher no direito de família brasileiro. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 17, n. 1, p. 245-246, 2017.

o próprio casamento dependia de autorização do monarca, terceiro não relacionado, mas que, em tese, teria mais discernimento sobre a vida da mulher do que a própria.

Ademais, o tratamento dado às mulheres nas Constituições do Brasil não era tão diverso. A *Lex Mater* de 1824, cuja grande inovação se tratava do capítulo “Das Eleições”, apresentava quem seriam os cidadãos com poder ao voto. Entre tantos requisitos, as mulheres eram excluídas do conceito.

A primeira Constituição da República – a qual abolia os principais institutos da monarquia –, não obstante cessar restrição censitária ao voto masculino, manteve a exclusão das mulheres do cenário político. Em verdade, a mentalidade da época seria a de que o sufrágio feminino descaracterizaria a função da mulher na sociedade, que seria, basicamente, a maternidade. Anos depois de muita luta, as mulheres conquistaram o direito ao voto, garantido no artigo 2.º do Decreto n.º 21.076 de 1932.

Na Constituição de 1934, o artigo 109 previu o sufrágio feminino, mas não universal, sendo restrito a mulheres que exerciam função pública remunerada. Na mesma Magna Carta, proibiu-se a discriminação salarial entre gêneros e verificou-se grande avanço no artigo 113, 1, ao definir que “1) Todos são iguais perante a lei. **Não haverá privilégios, nem distinções, por motivo de** nascimento, **sexo**, raça, profissões próprias ou dos pais, classe social, riqueza, crenças religiosas ou idéias políticas” (grifou-se)

Grande retrocesso ocorreu, porém, na Constituição seguinte (1937), a qual retirou as especificações de tal dispositivo, reduzindo somente a “1.º) todos são iguais perante a lei” (artigo 122, 1.º).

A Constituição de 1946 trouxe de volta as liberdades previstas na Constituição de 1934, que foram retiradas na de 1937. Ademais, tornou obrigatório o sufrágio universal (Art. 133 – O alistamento e o voto são obrigatórios para os brasileiros de ambos os sexos, salvo as exceções previstas em lei) e garantiu segurança às mulheres ao permitir a prisão civil do depositário infiel (artigo 141, § 32).

A Constituição de 1967, com os Atos Institucionais, exatamente por serem outorgados em ditadura militar, cassaram os direitos políticos. Não houve qualquer preocupação com a igualdade, tendo em vista seu momento histórico, sendo a única garantia feminina o menor tempo para aposentadoria.

Por fim, o maior avanço se deu com a Constituição Cidadã, garantindo a igualdade indistintamente, a equiparação de homens e mulheres, além de diversos outros direitos, como os trabalhistas (por exemplo, a licença-maternidade).

Além das Cartas Magnas, a discriminação das mulheres também era vista em outros Códigos, que sofreram evoluções ao longo dos anos. No Código Civil de 1916, encontrava-se a seguinte previsão:

Art. 6. São incapazes, relativamente a certos atos (art. 147, n. 1), ou à maneira de os exercer:

I. Os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos (arts. 154 a 156).

II. As mulheres casadas, enquanto subsistir a sociedade conjugal.

III. Os pródigos.

IV. Os silvícolas.

Parágrafo único. Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará á medida que se forem adaptando á civilização do paiz (grifou-se).

Ora, a mulher casada era legalmente considerada relativamente incapaz, que implicava requerer autorização do marido para aceitar herança (artigo 242, IV, CC/1916), em regra, para ajuizamento de ações (artigo 242, VI, CC/1916) ou até mesmo para exercer profissão (artigo 242, VII, CC/1916). *In verbis*:

Art. 242. A mulher não pode, sem autorização do marido (art. 251):

I. Praticar os atos que este não poderia sem o consentimento da mulher (art. 235).

II. Alienar, ou gravar de onus real, os imóveis de seu domínio particular, qualquer que seja o regime dos bens (arts. 263, nº II, III, VIII, 269, 275 e 310).

III. Alienar os seus direitos reais sobre imóveis de outra.

IV. Aceitar ou repudiar herança ou legado.

V. Aceitar tutela, curatela ou outro munus público.

VI. Litigar em juízo civil ou comercial, anão ser nos casos indicados nos arts. 248 e 251.

VII. Exercer profissão (art. 233, nº IV).

VIII. Contrair obrigações, que possam importar em alheação de bens do casal.

IX. Aceitar mandato (art. 1.299).

Ainda, o artigo 380 do Código Civil/1916 positivou que o pátrio poder deveria ser exercido pelo marido, como chefe de família.

Posteriormente, veio a ser promulgado o Estatuto da Mulher Casada de 1962, cujo objetivo era corrigir a discriminação positivada pelo Código Civil de 1916. Maria Berenice Dias leciona:

O primeiro grande marco para romper a hegemonia masculina foi em 1962, quando da edição da Lei 6.121. O chamado Estatuto da Mulher Casada devolveu a plena capacidade à mulher, que passou à condição de colaboradora na administração da sociedade conjugal. Mesmo tendo sido deixado para a mulher a guarda dos filhos menores, sua posição ainda era subalterna. Foi dispensada a necessidade da autorização marital para o trabalho e instituído o que se chamou de bens reservados, que se constituía do patrimônio adquirido pela esposa com o produto de seu trabalho.

Esses bens não respondiam pelas dívidas do marido, ainda que presumivelmente contraídas em benefício da família.⁸

Assim, o Estatuto da Mulher Casada representa um grande marco para a luta feminina, tendo aproximado os patamares entre os sexos, garantindo à mulher a possibilidade de trabalhar sem autorização do marido e, inclusive, adquirindo direitos sobre os patrimônios individuais.

1.3 Autonomia da vontade e consentimento

A autonomia da vontade, como aponta Maria Helena Diniz, está intrinsecamente relacionada à capacidade jurídica do indivíduo.

Os princípios basilares que norteiam todo conteúdo do direito civil são: o da personalidade, ao aceitar a ideia de que todo ser humano é sujeito de direitos e obrigações, pelo simples fato de ser homem; o da autonomia da vontade, pelo reconhecimento de que a capacidade jurídica da pessoa humana lhe confere o poder de praticar ou abster-se de certos atos, conforme sua vontade.⁹

Nesse sentido, tal análise se torna vital para entender as limitações da autonomia da vontade.

Em verdade, tal princípio encontra restrições no ordenamento jurídico. Uma dessas delimitações se trata da subordinação à ordem pública, melhor dizendo, não obstante tal princípio se referir a uma autodeterminação, de que o indivíduo pode fazer suas próprias escolhas livremente, tal direito não é absoluto.

Dessarte, há efetiva primazia social à autonomia da vontade, e a participação estatal seria, nesse sentido, de prever os estreitamentos da autonomia perante a ordem pública. Ressalta-se que, como bem aponta Caio Mário da Silva Pereira, no mundo atual, o movimento para estreitar a participação da autonomia da vontade vem sendo observado.¹⁰ No entanto, não somente de tal forma a autonomia pode ser limitada.

Em verdade, a autodeterminação está diretamente relacionada com a capacidade do indivíduo. Nesse ponto, torna-se necessária a análise da capacidade, bem como de seus dois vieses: a *capacidade de direito* e a *capacidade de fato*.

⁸ DIAS, Maria Berenice. A mulher no Código Civil. 23 mar. 2009. Disponível em: <https://berenicedias.com.br/a-mulher-no-codigo-civil/?print=pdf>. Acesso em: 17 mar. 2024.

⁹ DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do direito civil**. 41. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2024. v. 1, p. 46.

¹⁰ PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil: introdução ao direito civil: teoria geral de direito civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2024. v. I, p. 224.

A capacidade de direito é intrínseca a todo ser humano, exatamente por estar correlacionada à personalidade jurídica, isto é, tendo personalidade, a pessoa tem direito de gozar de direitos.

Por outro lado, a capacidade de fato pode ser compreendida como a de exercício. O entendimento positivado no ordenamento é de que algumas pessoas, por características individuais, não conseguiriam ter autonomia completa. Não possuindo autonomia, não teriam como praticar a autodeterminação, portanto são consideradas incapazes. Isso não importa em impossibilidade de exercício, mas sim em necessidade de intervenção de terceiros para tanto.

A incapacidade de fato advém da ideologia de que alguns indivíduos não têm a total consciência para exercer livremente atos. Analisando-se o Código Civil anterior, viu-se que, em sua redação original, as mulheres casadas eram consideradas relativamente incapazes, o que significa que necessitavam de assistência para a prática de atos cíveis.

As mulheres, portanto, não eram vistas com poder de autodeterminação suficiente. Da mesma forma que não podiam votar, haja vista que iria contra seu papel social, não podiam sequer exercer alguns atos da vida civil sem o aval de seu marido.

Na vigência de tal redação, portanto, é inequívoco que a autonomia da vontade das mulheres estava prejudicada. Nos dias atuais, porém, vê-se que os dispositivos referentes aos absolutamente e aos relativamente incapazes (artigos 3.º e 4.º do Código Civil de 2002) preveem novo rol, do qual não consta a mulher. Dessa forma, sendo a capacidade a regra e a incapacidade, a exceção, verifica-se a garantia de capacidade de fato para as mulheres.

Apesar de tal ato representar uma grande conquista social e jurídica para o gênero feminino, observa-se que não se trata de um ganho absoluto.

Isso porque, não obstante, em tese, significar que a mulher poderia fazer escolhas, a partir de sua moral e de seus valores, sem necessidade de intermédio ou autorização, não é isso o que se vê acontecer, de forma incondicional.

Inclusive, na própria área da saúde, constatava-se uma grande limitação: apesar de ser uma pessoa completamente dotada de capacidade, até 2022, a laqueadura e a vasectomia dependiam do consentimento expresso do cônjuge (artigo 10, § 5.º, da Lei n.º 9.263/1996).

Casos ainda mais preocupantes vieram à mídia em 2021, ao se descobrir que alguns seguros de saúde exigiam o consentimento do marido para inserção de DIU¹¹. Os planos, dessa

¹¹ DAMASCENO, Victoria. Seguros de saúde exigem consentimento do marido para inserção do DIU em mulheres casadas. **Folha de S.Paulo**, Equilíbrio e Saúde, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2021/08/seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml>. Acesso em: 17 mar. 2024.

forma, faziam uma interpretação completamente extensiva da lei – na qual constava expressamente o termo “esterilização” para exigência do consentimento – e aplicavam a meros casos de métodos contraceptivos, de forma ilícita.

A decisão desses planos de saúde representa uma ideologia de que o cônjuge seria o responsável pelo corpo da mulher e pelo seu sistema reprodutivo.

Mais uma vez, a mulher não seria vista como totalmente capaz para ditar seu melhor interesse. Agora, não mais no século XX, e sim nos dias atuais, elas deveriam ter o devido consentimento de seu marido, sem poderem exercer sua autonomia da vontade plenamente.

Logo, torna-se vital a análise das diretrizes médicas e dos princípios, direitos e deveres que as circundam para um maior entendimento sobre a atuação médica e o que a rege, ainda mais ao se considerar a figura da paciente-mulher.

2 DIRETRIZES MÉDICAS

Apesar de a medicina ser uma ciência que existe há mais de 2.500 anos, fato é que muitas de suas bases éticas e morais ainda sofrem influências da antiguidade. Pode-se citar, por exemplo, o requisito para a colação de grau dos estudantes de medicina de realização do Juramento de Hipócrates, seja o original ou adaptações dele derivadas.

2.1 Juramento de Hipócrates

Na Ilha de Kos, por volta do ano 460 a.C., nasceu um dos personagens mais revolucionários para a história da medicina. Hipócrates era de família já envolvida em práticas medicinais, mas que também se relacionavam com a “magia”.

A reforma pregada por Hipócrates era, assim, de dissociar superstição, magia e religião de doenças e, conseqüentemente, de sua cura. Buscava, portanto, explicações racionais e lógicas para as moléstias e seu tratamento. Muitos de seus conceitos ainda possuem efetiva influência nos dias de hoje, inclusive conquistando a utilização de antonomásia de “pai da medicina”. Entre suas contribuições encontra-se a diferenciação entre sintomas e doenças, além de ser o precursor da ectoscopia e pregar sobre a necessidade de se realizarem registros de evolução do paciente.

Além dessas vitais inovações, consagra-se à escola hipocrática a designação de dignidade à profissão médica, com estabelecimento de normas éticas que devem ser observadas tanto no exercício da função quanto fora dela.

Em verdade, entre a coleção de 72 livros, conhecida como *Corpus Hippocraticum* ou Coleção Hipocrática, vê-se que sete livros (Juramento, Da Lei, Da Arte, Da Antiga Medicina, Da Conduta Honrada, Dos Preceitos, Do Médico) se preocupam em discorrer sobre a ética médica.

O Juramento de Hipócrates se trata de voto milenar a ser realizado pelos profissionais da medicina, cujo sentido é amplamente moral. Nas palavras de Joffre Marcondes de Rezende:

[...] o *Juramento*, a ser proferido por todos aqueles considerados aptos a exercer a medicina, no momento em que são aceitos como tal por seus pares e admitidos como novos membros da classe médica. O juramento hipocrático é considerado um

patrimônio da humanidade por seu elevado sentido moral e, durante séculos, tem sido repetido como um compromisso solene dos médicos, ao ingressarem na profissão.¹²

Analisa-se, assim, que o texto pode ser dividido em dois momentos: o juramento de iniciação e o código de conduta.

A primeira parte faz expressa citação a deuses relacionados à Medicina: “Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue”. Apolo, deus da cura, Esculápio, deus da medicina, Hígia, deusa da saúde, e Panaceia, deusa da cura de todos os males, são convocados, bem como os demais deuses e deusas para presenciar o juramento e, assim, caso haja descumprimento, são responsáveis pela punição.

Ainda, em virtude de o texto original ser escrito em “grego jônico”, ressalta-se que, por vezes, alguns termos não encontram correlação nas demais línguas, ou, até mesmo, apresentam polissemias. No caso, de muitas formas, pode-se entender a expressão *dynamis*, como poder, capacidade e potência. O mesmo ocorre com o vocábulo *krisis*, que, além de razão, pode corresponder a distinção, julgamento, separação e interpretação.

Aqui, portanto, já se encontram duas limitações ao exercício médico, sendo elas: o médico não pode ir além de sua capacidade e a limitação da própria capacidade de discernimento.

A segunda parte do juramento, assim, é um efetivo código de ética, que apresenta tanto diretrizes para o exercício da profissão quanto proibições de atuação, inclusive de não dar substância abortiva a mulheres.¹³

Apesar disso, o entendimento hipocrático era o de que o indivíduo acometido por doença tinha seu discernimento abalado, uma situação de efetiva vulnerabilidade em diversos sentidos, inclusive psíquico. A medicina nesse período, portanto, era essencialmente paternalista, isto é, era o profissional da saúde quem possuía postura ativa na tomada de decisões, sendo irrelevante a vontade do paciente, cuja postura era fundamentalmente passiva.

Em verdade, a abstenção absoluta do enfermo na tomada de decisão não se torna mais compatível com a contemporaneidade. A partir de diversas mudanças sociais, inclusive de filosofias político-liberais, cujo fundamento é o foco individualista, dão ensejo ao paciente de

¹² REZENDE, Joffre M. de. O Juramento de Hipócrates. In: REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [on-line]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 32. (História da Medicina series, v. 2.) Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0004>. Acesso em: 22 abr. 2024.

¹³ “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” (Juramento de Hipócrates).

ter conhecimento a respeito de sua condição e, conseqüentemente, adere-se a sua maior faculdade de agir.

Inclusive, em razão desses fatores, questionou-se a necessidade de uma atualização do Juramento de Hipócrates, com principal foco de compatibilizar com questões médicas atuais e, também, com o viés da bioética. Joffre Marcondes de Rezende assim dispõe:

As modificações introduzidas contemplam a autonomia do paciente; justiça social e mercantilização da medicina; afrouxam as obrigações dos discípulos para com seus mestres; substituem a proibição por regulamentação do aborto; e suprimem o item referente à operação de calculose vesical.¹⁴

Dessa forma, diversos textos foram elaborados para suprir as necessidades atuais, como a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial de 1948. O juramento presente no texto, assim, positiva a necessidade de respeito à autonomia e à dignidade do paciente, bem como o sigilo profissional, além de impedir que discriminações se interponham no dever médico. Como se lê:

EU RESPEITAREI a autonomia e dignidade do meu paciente;
[...]
EU NÃO PERMITIREI que considerações de idade, doença ou incapacidade, credo, origem étnica, gênero, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, posição social ou qualquer outro fator se interponha entre meu dever e meu paciente;
EU RESPEITAREI os segredos a mim confiados, mesmo depois que o paciente tenha falecido.¹⁵

Outrossim, ressalta-se a Carta de Princípios do Profissionalismo Médico de 2002, que dispõe dez compromissos: competência profissional, honestidade, confidencialidade, apropriado relacionamento com os pacientes, melhoria permanente de qualidade, facilidade de acesso, justa distribuição de recursos, conhecimento científico, confiável gestão de conflitos de interesses e responsabilidade profissional. Também apresentam-se princípios norteadores: primazia do bem-estar do paciente, justiça social e, por fim, a autonomia do paciente. Com o intuito de efetivação da autonomia do paciente, preza-se pela honestidade do médico e, por conseguinte, o paciente teria as informações necessárias para uma justa decisão, que deve ser respeitada, salvo se ferir princípios éticos ou causar dano.

¹⁴ REZENDE, Joffre M. de. O Juramento de Hipócrates. In: REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [on-line]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 44. (História da Medicina series, v. 2.) Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0004>. Acesso em: 22 abr. 2024.

¹⁵ ASSEMBLEIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL EM GENEBRA. **Declaração de Genebra**. Tradução Dr. Miguel Roberto Jorge. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Declarac%C3%A7%C3%A3o-de-Genebra-2017-Tradu%C3%A7%C3%A3o-Dr-Miguel.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

A partir da Carta, instalou-se discussão no VII Congresso Brasileiro de História da Medicina sobre a atualização do tradicional Juramento de Hipócrates. José Henrique Villa, médico cardiologista e conselheiro do Cremesp na época, que compunha a mesa do simpósio, assim mencionou:

Tem muita coisa antiga que, às vezes, não é boa, mas a colocação do médico como aliado incondicional do ser humano, essa parceria entre o homem e o médico, Hipócrates estabeleceu de maneira muito importante, mostrando que o conhecimento deve ser usado para beneficiar o paciente.¹⁶

A conclusão, portanto, foi a de que o Juramento de Hipócrates possui efetiva importância até a atualidade e, assim, não há de ser substituído, sendo, porém, necessário buscar sua complementação em documentos diversos, como na própria Carta de Princípios do Profissionalismo Médico de 2002.

De igual modo, as diretrizes não mais são guiadas por princípios exclusivamente médicos. Fato é que a bioética ganhou extrema importância a partir do século XX. Necessário, assim, que haja a análise de seus parâmetros.

2.2 Bioética e princípios

A bioética surgiu com a necessidade latente de proteção do ser humano diante das atrocidades cometidas na 2.^a Guerra Mundial, principalmente pelos médicos nazistas, como os diversos experimentos científicos efetuados em humanos. No caso, eram realizadas experiências em diversos subtemas, como genética, farmacologia (com teste de fármacos em prisioneiros), esterilização (aplicação de irritantes químicos intrauterinos) e nutrição (privação de alimentação).¹⁷

A partir desse momento histórico, tornou-se evidente a necessidade de uma defesa do ser humano, em face das novas dificuldades impostas pelo desenvolvimento tecnológico. A bioética, portanto, pretende ser proteção em relação às inovações científicas. Tendo em vista que a ciência está sempre em desenvolvimento, o mesmo ocorre com a bioética, isto é, à medida

¹⁶ CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Congressistas defendem permanência do Juramento de Hipócrates. **Informativos do CREMESP: Memória**, edição 184, dez. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=114>. Acesso em: 22 abr. 2024.

¹⁷ ALMEIDA, Victor P. dos S. **A medicina nos campos de concentração de Auschwitz**. 2016. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 19. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20861/1/Victor%20Porf%C3%ADrio%20dos%20Santos%20Almeida.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

que a ciência evolui, seus desafios se alteram e, portanto, requerem-se, de mesma forma, reformulações do estudo bioético.

Importante ressaltar que a preocupação da bioética não é reservada somente ao estudo dos seres humanos, mas sim de todos os seres, inclusive do ambiente. Contudo, com relação ao indivíduo, deve-se destacar a autonomia.

Para tanto, existem princípios norteadores para a efetivação da bioética, sendo eles autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

2.2.1 Princípio da autonomia

Em verdade, a autonomia da vontade trata-se de verdadeira inovação ao se analisarem os anos de prática médica. Conforme apresentam Catarina Ribeiro Sodré e Mariana Havir Bufarah:

Ressalta-se, contudo, que, embora antes existisse uma relação verticalizada, em que o médico era portador de todo o conhecimento necessário para o tratamento (e, conseqüentemente, o detentor do “destino da vida”), hoje verifica-se uma relação, cada vez mais, horizontal, considerando, inclusive, a vontade e autonomia do paciente diante de sua própria vida. O paciente não mais se encontra em posição de inferioridade e submissão em relação ao seu médico, e sim em uma posição ativa e horizontal diante da situação em que se encontra.¹⁸

O Código de Ética Médica veda ao médico o impedimento à decisão livre do paciente e desrespeitar a devida decisão, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. [...]

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Em verdade, isso quer dizer que há efetivo entendimento de que o paciente é capaz de se autogovernar, reconhecendo a competência do indivíduo sobre seu corpo. O cumprimento, porém, depende do conhecimento efetivo. Sendo assim, também é necessária observância ao dever de informação.

¹⁸ SODRÉ, Catarina R.; BUFARAH, Mariana H. Direito à autodeterminação e a problemática do narcisismo na responsabilidade civil do médico. In: LOUREIRO, Claudia; DINIZ, Maria H. **Biodireito e direitos da personalidade**: questões polêmicas. Londrina: Thoth, 2023. p. 273.

Inclusive, a autonomia deve ser vista com o artigo 5.º, II, VI e VIII, da Constituição Federal, que possibilita a faculdade de recusa de tratamento por convicções religiosas, filosóficas ou morais.

Mais uma positivação do princípio se encontra na Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, cujo objetivo era buscar solucionar a inexistência de legislação específica referente às diretivas antecipadas da vontade dos pacientes. Dessa forma, dever-se-á respeitar a vontade do paciente, ainda que incapaz, podendo, inclusive, ser designado representante para tal manifestação.

A diretiva antecipada se comporta como um norte para a atuação do médico, mas não se torna expressão absoluta. Em outras palavras, caso a vontade se encontre em desacordo com a ética profissional, haverá efetiva relativização.

Não obstante, trata-se de evolução sobre a visão social do papel do médico, não sendo mais a necessidade de salvar o paciente a qualquer custo, encontrando balizas ao atribuir parcela de decisão e responsabilidade ao paciente (ou representante legal).

A Lei n.º 9.434/1997, conhecida como Lei de Transplante de Órgãos, traz um claro exemplo. Conforme seu artigo 10, é necessário o consentimento expresso do receptor para realização do transplante, após aconselhamento e explicação dos riscos do procedimento, isto é, ainda que haja risco de vida, o consentimento do receptor é requisito indispensável para a realização do procedimento.

2.2.2 *Princípio da beneficência*

O princípio da beneficência encontra estrita relação à doutrina hipocrática, ao passo que a atuação médica deve respeitar seus limites, conforme *krisis* e *dynamis*, e, portanto, deve sempre garantir o bem-estar do paciente, evitando danos. Não pode, portanto, a partir de sua prática, implementar o mal ou injustiças.

A atuação conforme o princípio da beneficência, porém, não deve ser entendida como benevolência, tendo em vista que se reporta a efetivo dever do profissional. O médico necessita, assim, ter o devido conhecimento técnico para que se potencialize o benefício, à medida que reduz os possíveis danos.

Portanto, o princípio possui dois importantes vieses: não dar ensejo a danos, ao passo que maximize os benefícios.

2.2.3 Não maleficência

O princípio da não maleficência é altamente correlacionado ao princípio da beneficência. Trata-se de um dos pilares mais tradicionais da ética médica, o qual encontra correspondência, tal como o anterior, no Juramento de Hipócrates.

O fundamento pode ser entendido a partir do brocardo latino *Primum non nocere*, isto é, acima de tudo, não causar dano.

Ressalta-se aqui que, não obstante similaridades entre a beneficência e a não maleficência, os princípios devem ser entendidos de formas distintas, sendo impossível uma unificação. Em verdade, de fato, a obrigação de não prejudicar difere-se exponencialmente do dever de assistência e, inclusive, podem ser confrontados, priorizando um em detrimento do diverso. Nesse sentido, dispõe José Roberto Garcia:

[...] mas os princípios da beneficência são potencialmente mais exigentes que os da não-maleficência, devido ao fato de que os agentes precisam tomar decisões, praticar ações positivas para ajudar assim outras pessoas e não meramente procurar a abstenção em relação à prática de atos danosos.¹⁹

Logo, nota-se a maior onerosidade referente à beneficência, haja vista a necessidade de atuação positiva do profissional, não somente a omissão.

2.2.4 Princípio da justiça

Por fim, o princípio da justiça implica adequada distribuição de verbas, bem como em igualdade de tratamento e, conseqüentemente, a análise de cada necessidade individualmente. Aponta José Roberto Garcia: “Este princípio estabelece como condição fundamental a equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido”.²⁰

Instaura-se, assim, o respeito ao direito de cada um, de forma impessoal pelo médico, não podendo permitir que aspectos diversos, como sociais e religiosos, influenciem a relação médico-paciente. Ademais, assegura que o maior número de pessoas seja assistido em face da justa distribuição de recursos.

2.3 Relação médico-paciente

¹⁹ GARCIA, José R. Bioética: princípios fundamentais e alternativos. **Revista de Estudos Universitários – REU**, Sorocaba, v. 33, n. 2, p. 51, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/reu/article/view/1489>. Acesso em: 22 abr. 2024.

²⁰ *Ibid.*, p. 52.

Suely Grosseman e Zuleica Maria Patrício, em seu artigo “A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica”²¹, trazem uma grande problematização acerca das faculdades de medicina. Em verdade, o desejo de cursar medicina, normalmente, vem amparado na vontade de cuidar e curar as pessoas. Assim, a viabilização e a assistência de um bem-estar para um paciente seriam uma realização tanto profissional quanto pessoal para o indivíduo.

O estudo de Grosseman e Patrício apurou que, por outro lado, a vivência da faculdade muitas vezes não valoriza o aspecto interpessoal e, assim, representaria quase uma desmistificação de ideais difundidos pelo exercício da profissão, ou seja, a relação médico-paciente foi inferiorizada, sendo o aprendizado voltado especialmente para a dualidade diagnóstico e tratamento.

Por óbvio que essa abordagem prejudica o paciente, que passa a ser entendido como mero objeto da profissão. Ressalta-se, porém, que não somente o paciente é “anulado”, mas também há intenso prejuízo ao próprio médico, haja vista que não possui qualquer preparo para relações interpessoais que inevitavelmente ocorrerão durante o exercício de sua profissão.

As mudanças da relação médico-paciente não advêm somente da ausência de preparo ainda em fase estudantil. Verdade é que a própria visão da sociedade sobre o profissional da saúde alterou-se substancialmente.

Em virtude das diversas e particulares especializações médicas, hoje não há mais a demanda que o designado “médico da família” fazia, pois, antigamente, as pessoas recorriam a um profissional de sua confiança, que as acompanhava por diversos anos, não somente o paciente, mas toda a sua família, atribuindo demasiado crédito à figura do médico.

Atualmente, com os avanços da medicina e, portanto, com a necessidade de o profissional da medicina se especializar em algo categoricamente particular, torna-se rotineiro que o encontro do paciente com o médico seja especialmente esporádico e passageiro, com um fim de solucionar problemas específicos. Não há, assim, qualquer possibilidade de se criar vínculo entre as partes, tratando-se de relação deveras mecânica, e não orgânica.

Além disso, ressalta-se o surgimento de personagens que interferem na relação médico-paciente, os hospitais e os planos de saúde. Assim, aponta Miguel Kfoury Neto:

As tratativas entre o médico e o paciente correspondiam a uma relação nascida da admiração pelos reconhecidos méritos do profissional. Com o correr do tempo, o

²¹ GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 99-105, maio/ago. 2004.

paciente – e o próprio médico – passaram a ser simples peças de uma engrenagem maior. A relação foi se debilitando gradualmente, até se perderem de vista os valores pessoais, que representavam a própria essência daquele relacionamento. A comunicação entre ambas as partes se deteriorou, dando lugar a conflitos mais diversos.²²

Essa própria terceirização gerou o fenômeno da massificação da medicina, renegando um tratamento especializado ao paciente e prejudicando, assim, novamente, a relação médico-paciente.

Dessarte, é evidente uma lacuna a ser solucionada no exercício da profissão médica. Há efetiva necessidade de maior aplicação de elementos subjetivos, que foram essencialmente extraídos, tornando-se basicamente técnico e instrumental.

Para tanto, é necessário o estudo sobre os direitos e deveres referentes à relação médico-paciente, cujo objetivo é o de alcançar um vínculo mais equilibrado, justo e, principalmente, humanizado.

2.4 Direitos e deveres do médico

Os códigos profissionais se trata de uma positivação de normas tanto morais quanto de responsabilidade, que devem ser observadas pelos atuantes, no exercício ou não da função. Constata-se, porém, que não se pode configurar como altamente rígido e imutável, tendo em vista que o exercício profissional atualmente é volátil. As mudanças, principalmente em decorrência de tecnologias, ocorrem diariamente e, portanto, os códigos devem ser adaptados com a finalidade de acompanhar as necessidades surgidas.

Inclusive por esse motivo houve significativas alterações do Código de Ética Médica, por meio da Resolução n.º 2.217/2018, com o intuito de atualizar a versão de 2009 (Resolução CFM n.º 1931/2009).

O novo Código, assim, possui preocupações referentes a inovações tecnológicas e comunicação em massa, além de atualizar os princípios que orientam a atuação do médico. Não ficou restrita somente aos princípios, mas também trouxe mudanças fundamentais aos direitos do próprio médico, que se encontram no “Capítulo II” do CEM.

²² KFOURI NETO, Miguel. **Direito do paciente e responsabilidade civil médico-hospital: (re) definição conceitual**. 2005. Monografia (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005, p. 12.

Em verdade, incluíram-se no rol hipóteses que impedem a discriminação no exercício da medicina. Agora, além de “religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política”²³, consta, *in verbis*:

É direito do médico:

I – Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza.

Passou a constar também que o médico com deficiência ou doença deve exercer sua profissão sem discriminação, na medida de sua capacidade e segurança do paciente.

De igual maneira, há garantia de não exploração do trabalho do médico e o direito de exercício da medicina conforme a consciência do profissional, podendo, inclusive, recusar a realizar atos da medicina.

O direito ao exercício da profissão em condições adequadas pode ser visto em diversas disposições do Capítulo II do CEM, incluindo a possibilidade de apontar falhas em normas de instituições em que trabalhar, por elas tornarem indignas o exercício médico, ou que prejudiquem pacientes ou terceiros, além de garantir a recusa do médico a exercer a profissão em instituição que não assegure condições dignas.

2.4.1 Dever de cuidado

Ressalta-se, também, que há atribuições de deveres ao médico, como o dever de cuidado, que se encontra no artigo 36 do Código de Ética Médica, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1.º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

§ 2.º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

O referido dever constitui efetiva necessidade de segurança ou proteção, cujo entendimento se dá tanto de forma positiva quanto negativa.

²³ Redação original do artigo 20 da Resolução CFM n.º 1.931/2009: “Art. 20. Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza”.

Em verdade, o médico tem o dever de prestar fielmente o serviço e, inclusive, possui dever em fase pré e pós-contratual.

Com relação à esfera negativa, verifica-se que o médico não pode se escusar de prestar assistência a paciente, abandonando-o, somente sendo possível uma substituição por outro profissional igualmente capacitado.

Dessa forma, pode-se apontar que a ausência de dever de cuidado pode implicar negligência médica e, conseqüentemente, o chamado erro médico, ou, de acordo com a mais nova classificação, danos materiais ou morais decorrentes da prestação de serviços de saúde.

2.4.2 *Dever de sigilo*

O Juramento de Hipócrates exigia a promessa dos médicos de que “aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto”.²⁴

O dever de sigilo pode ser entendido concomitante ao princípio bioético de autonomia, isso porque, em razão da referida autonomia do paciente, somente ele, à primeira vista, poderia decidir a quem gostaria de informar, uma vez se tratar de parte de seus dados pessoais.

Assim, quem tiver acesso a qualquer informação em razão de sua profissão da área da saúde (portanto, não se restringe aos médicos, mas também a enfermeiros e psicólogos, a título exemplificativo) deve manter em confidência. Maria Elisa Villas-Bôas aponta que o dever de sigilo se trata de um dos compromissos mais descumpridos pelos médicos:

Veja-se, por exemplo, quão comuns são as conversas de corredores e elevadores sobre as enfermidades dos pacientes atendidos, ou, ainda, a frequência com que se encontram prontuários sobre balcões com os nomes e diagnósticos à mostra, ou mesmo a disposição física das macas e leitos, permitindo a exposição desnecessária do paciente. De certo modo, a informatização reduziu tal risco, mas ainda é difícil determinar a quem se deve conferir acesso a tais dados, protegendo-os, também, de interferências externas.²⁵

O dever de sigilo, portanto, caracteriza autonomia da vontade do paciente, permitindo-o que faculte o que apresentará ao mundo externo e o que permanecerá em confidência com seu profissional.

²⁴ CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Congressistas defendem permanência do Juramento de Hipócrates. **Informativos do CREMESP: Memória**, edição 184, dez. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=114>. Acesso em: 22 abr. 2024.

²⁵ VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 514, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2024.

Portanto, ressalta-se que o paciente revela sua intimidade por necessidade e, assim, há devida confiança depositada no profissional de que os dados permanecerão restritos entre eles. Ainda, esperar-se-á que, em regra, haverá consulta ao paciente sobre a possibilidade de revelar a outrem. Por outro lado, existem ressalvas que permitem a divulgação além do consentimento, que se encontram positivadas no artigo 73 do Código de Ética Médica, sendo elas motivo justo e dever legal.

2.4.3 Dever de informação

É deveras recente o entendimento do dever de informação atual. Em verdade, apresentam Grisso e Appelbaum que, no século XIX, os códigos de ética médica determinavam a faculdade do médico de omitir informações para seus pacientes, tanto quando isso pudesse causar perda do moral quanto se a informação pudesse fazer o paciente rejeitar o tratamento. Não somente, mas o próprio consentimento poderia ser inferido pela mera passividade do paciente.²⁶

O chamado “consentimento simples”, porém, entrou em crise, iniciando-se o questionamento acerca da eficácia da proteção do paciente. Dessa forma, o consentimento passou a não prescindir de conhecimento efetivo para o paciente poder se autodeterminar.

O dever de informação, assim, consiste em o médico apresentar as informações de maneira compreensível e eficientemente para o entendimento do paciente, incluindo explicações sobre

[...] o diagnóstico, com esclarecimento sobre a enfermidade e sua evolução; o prognóstico; os efeitos colaterais do tratamento; a terapia mais adequada a ser seguida, especificando seus objetivos, sua duração, suas consequências e seus benefícios; o plano do médico quanto ao atendimento posterior ao tratamento; os cuidados especiais que forem necessários; a previsão de alta; as consequências de não aceitação de um tratamento e da ingestão de um remédio; a cirurgia a ser efetuada; os possíveis riscos e alternativas das práticas médicas; as vantagens esperadas ou desvantagens de uma diligência; o projeto de pesquisa científica e sua duração; o teste genético; a questão de esterilização e da doação *in vivo* ou *post mortem* e da recepção de órgãos e tecidos, por meio de técnicas de transplante; a atividade técnica de reprodução assistida; a conservação dos embriões excedentes; a coleta de material fertilizante; a identificação pessoal por meio de impressão genética, em situação relacionada ao portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); a utilização de dados pessoais e nominativos por meio de sistemas de

²⁶ GRISSO, Thomas; APPELBAUM, Paul S. **Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals**. New York: Oxford University Press, 1998. p. 5. Disponível em: <https://books.google.je/books?id=krckyCidSugC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 22 abr. 2024.

informatização e bancos de dados; a responsabilidade do pesquisador; o tipo de compensação em caso de dano etc.²⁷

O consentimento informado, assim, não se reporta somente a conhecimento objetivo da condição e tratamento, mas também que seja isento de vícios, ou, melhor dizendo, qualquer vício imbuído no consentimento do paciente, como coação psíquica, não pode ser considerado consentimento livre e esclarecido do paciente.

Há de dizer, então, o que se caracteriza como consentimento válido do paciente encontra-se fundamentado em informação completa pelo médico, agindo em conformidade com seu dever, capacidade do paciente, e que tenha autonomia para decisão.

Importante assinalar que a informação é requisito essencial para a autonomia do paciente, que deve ter todos os esclarecimentos pelo profissional acerca das condições, tratamentos, entre outros, para, assim, autodeterminar-se. Logo, não há como se autodeterminar sem ter de fato as informações necessárias, e essa ausência de dados pode ser vista como vício do consentimento.

Em verdade, o não cumprimento do dever de informação pode acarretar responsabilidade civil do médico, e nesse sentido já decidiu o Superior Tribunal de Justiça. No Recurso Especial n.º 1.848.862/RN, o litígio tinha como fundamento a prestação de serviço médico, referente à cirurgia para correção de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SASO), pelos réus, que resultou no falecimento do paciente em decorrência de complicações.

O Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, assim, ao proferir seu voto, informou que a fundamentação do litígio não era essencialmente sobre erro médico, e sim acerca da ausência de esclarecimentos pelo médico-cirurgião e anestesista. Ademais, destacou os fundamentos legais do dever de informação:

Todo paciente possui, como expressão do princípio da autonomia da vontade (autodeterminação), o direito de saber dos possíveis riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento médico, possibilitando, assim, manifestar, de forma livre e consciente, o seu interesse ou não na realização da terapêutica envolvida, por meio do consentimento informado.

Esse dever de informação decorre não só do Código de Ética Médica, que estabelece, em seu art. 22, ser vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”, mas também das regras dispostas na legislação consumerista, destacando-se os arts. 6.º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor.²⁸

²⁷ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: JusPodivm, 2024. p. 769.

²⁸ BRASIL. REsp n.º 1.848.862/RN, Terceira Turma, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, julgado em 05.04.2022, *DJe* 08.04.2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=2156946&num_registro=201802689219&data=20220408&formato=PDF. Acesso em: 22 abr. 2024.

Evidente, portanto, que o dever de informação deve ser devidamente prestado, de forma clara e precisa, para obtenção de consentimento eficaz e real do paciente e, assim, haver efetiva autodeterminação, sem retrocessos ao século XIX.

2.4.4 Dever de respeito à autonomia do paciente

O dever de respeito à autonomia do paciente torna-se decorrência lógica do dever de informação. Isso porque, a partir das informações prestadas de forma clara, o paciente tem a faculdade de escolher, de acordo com sua moral, o que julga ser melhor para si.

Dotado de dignidade humana e de capacidade, o profissional da saúde deve, *a priori*, respeitar a escolha de seu paciente.

Não há falar em direito absoluto e, assim, há possibilidade de ocorrer conflitos entre o dever de respeito à autonomia e demais, como o próprio dever de cuidado. Logo, deverá ser feita ponderação no caso concreto, mas ressalta-se que não há como definir o dever de respeito à autonomia como superior incondicionalmente.

2.4.5 Dever de abstenção de desvio de poder

Como analisado, os profissionais da saúde devem agir com cautela no exercício da profissão. Portanto, o desvio de poder seria a indicação ou a realização de métodos, procedimentos e tratamentos mais arriscados e invasivos ao paciente.

A razão de ser do dever em questão é evidente ao se analisar que o paciente se encontra em posição de vulnerabilidade, depositando suas confianças no profissional, o detentor do conhecimento especializado.

Necessário, assim, analisar se o binômio risco e necessidade são proporcionais, ou se o médico praticou algum abuso, pelo qual poderá ser responsabilizado.

2.5 Direitos e deveres do paciente

Não basta, porém, que se apontem e analisem os deveres e direitos do médico, devendo, também, verificar os direitos e os deveres dos pacientes.

Em verdade, o estudo dos direitos do paciente passa a ser imperioso, ao passo que há um intenso movimento de judicialização referente a processos de responsabilidade médica. Assim, o conhecimento se torna instrumento de controle ao se compreender que os direitos do

paciente se originam a partir dos direitos da personalidade com o princípio da dignidade da pessoa humana. Ressalta Maria Helena Diniz que nos Estados Unidos da América, inclusive, foi criado um Comitê Médico dos Direitos Humanos, cuja finalidade era promover maior participação dos pacientes na assistência médica:

Naquele país surgiram o Serviço Legal de Assistência aos Pacientes e um Projeto de Libertação dos Pacientes Mentais, com a finalidade de impedir sua exploração pelas instituições que os acolhem, e, mais recentemente, a Associação de Hospitais Americanos divulgou a “Carta de Direitos dos Pacientes”.²⁹

Dessarte, não obstante existir um rol extensivo com relação aos direitos dos pacientes, destacam-se a possibilidade de conclusão do contrato, quando julgar mais conveniente, o acordo sobre o valor do tratamento, o direito de informação, o consentimento informado antes de procedimento, proteção de seus dados, entre outros. Vê-se que, logicamente, os direitos dos pacientes se reportam a deveres dos médicos, ou são suas decorrências racionais.

No que diz respeito à seara obrigacional, analisa-se o dever fundamentalmente econômico de o paciente ter de adimplir com os honorários previamente ajustados e, caso não o faça, poderá ser ajuizada ação de cobrança em seu desfavor. Os demais deveres, apesar de serem de fato obrigações, são impostos com intento de seu benefício, como o de informar, colaborar e seguir as instruções médicas.

O dever de informar do paciente consiste na necessidade de não omitir informações ou as falsear, para que o tratamento proposto pelo médico seja o mais adequado e seguro, tendo em vista as peculiaridades individuais. As duas restantes são muitas vezes confundíveis e, como aponta Eduardo Dantas, “representam deveres que visam proteger um interesse do próprio sujeito que possui o ônus de agir, e que conserva a discricionariedade de agir ou omitir-se”.³⁰

Isso posto, esses três deveres, caso não observados, põem em risco o próprio sucesso do tratamento e até a saúde do paciente, mas cuja responsabilidade se torna integralmente do indivíduo sob cuidados.

A relação médico-paciente, portanto, é envolta por diversos direitos e deveres a serem respeitados por ambas as partes, com o intuito de preservar a dignidade da pessoa humana, bem como garantir o menor risco possível, bem como o melhor benefício, resguardando a autonomia do paciente.

Devidamente analisados os elementos envolventes dessa relação, considera-se vital o estudo referente ao planejamento familiar e dos direitos que o circunscrevem para a matéria.

²⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: JusPodivm, 2024. p. 792.

³⁰ DANTAS, Eduardo. **Direito médico**. São Paulo: JusPodivm, 2024. p. 251.

3 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Conforme explicam Magda Aparecida Mage Pantarotto, Edson Jacobucci Rueda Junior e José Sebastião de Oliveira³¹, o planejamento familiar possui três momentos na ordem brasileira. O primeiro período perdurou do século XIX ao ano de 1964, o qual é concebido por um “pró-natalismo difuso”, mas que também fora marcado pela ideologia de eugenia.

Em verdade, o discurso apresentado era amplamente fortificado pela Igreja Católica, por exemplo, pela carta encíclica *Casti Connubii*, editada pelo Papa Pio XI, a qual “alertava” sobre a gravidade de utilização de métodos contraceptivos.³²

O segundo momento, de 1964 a 1974, foi caracterizado pelo dualismo dos “antinatalistas” e “anticondicionistas”. Em 1965, foi fundada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), cujo objetivo era a promoção do planejamento familiar, sendo, inclusive, a primeira instituição privada a fornecer métodos contraceptivos. Durante a Conferência Mundial de População, ocorrida em Bucareste em 1974, apesar de o governo brasileiro ter negado o excesso de população, admitiu o dever do Estado de fornecer informações e contraceptivos e, assim, acolheu o planejamento familiar como direito fundamental.

Ressalta-se que o embate ideológico somente cessou quando o governo militar se preocupou com o “inimigo interno”, entendido como as famílias numerosas, as quais estariam mais propensas à “propaganda subversiva”.

Por fim, o terceiro momento é visto de 1974 a 1998, com manifestações de Ernesto Geisel atribuindo a escolha ao casal, e não ao Estado:

Nós achamos que a limitação da natalidade não deve ser imposta. Ela deve ficar ao arbítrio, ao desejo, à vontade do casal. É o marido e a mulher que têm que resolver seu problema. Mas eles devem ser informados sobre esta questão. E devem ter uma orientação de como realizar seu planejamento familiar.³³

³¹ PANTAROTTO, Magda A. M.; RUEDA JUNIOR, Edson J.; OLIVEIRA, José S. de. Planejamento familiar: um novo olhar acerca da formação da prole e garantia da formação de personalidade condizente com o convívio em sociedade. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, n. 10, p. 597-618, 11 out. 2022.

³² PAULO VI, Papa. **Carta Encíclica Casti Connubii**. 1930, p. 7-8. Disponível em: https://www.vatican.va/content/paul-vi/pt/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

³³ GEISEL, Ernesto. Entrevista à imprensa, no salão Las Fuentes do Hotel El Presidente Chapultepec. Biblioteca da Presidência da República, p. 56, 18 jan. 1978. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/ernesto-geisel/discursos/1978/11.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

Em razão dessa mudança ideológica, bem como do sucesso de entidades que possuíam os mesmos valores, como a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, tornou-se propício o solo para o planejamento familiar. Vale dizer que as clínicas privadas passaram a ser criticadas pelo movimento feminista, que defendia a necessidade de um sistema único de saúde, com intuito de prover acesso igualitário e universal, isto é, o planejamento familiar necessitava do direito de informação e de escolha para se validar.

Grande rompimento se deu com a formulação pela Divisão de Saúde Materno-Infantil do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual buscava contemplar a saúde da mulher em todas as suas fases, não se limitando ao ciclo gravidez-parto-puerpério.

Atualmente, o planejamento familiar encontra amparo na Constituição Federal, no seu artigo 226, § 7.º, *in verbis*:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
[...]

§ 7.º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Outrossim, ocorreu a edição da Lei n.º 9.263/2006, a qual regula o parágrafo supracitado, conceituando o planejamento familiar como direito de todo cidadão e caracterizado por um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”³⁴, sendo vedada a utilização para controle demográfico.

Merece destaque, ainda, a Conferência sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo em 1994, tendo em vista que foi editada carta contendo 12 princípios básicos visando à saúde integral na mulher. Além de prever direitos reprodutivos e o reconhecimento de diversos modelos familiares, trouxe a recomendação de incluir o planejamento familiar na atenção básica à saúde:

Princípio

8

Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e

³⁴ “Art. 2.º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único. É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.”

indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer.³⁵

Dessa forma, inequívoco que a posição adotada pelo direito brasileiro é fundamentada no respeito à autodeterminação das pessoas, individualmente, ou do casal. Evidente que esse direito não se limita à escolha de quando e quantos filhos terá, mas incluem-se outros fatores, como a escolha de método anticoncepcional, a partir da garantia da informação.

3.1 Demais direitos relacionados à gravidez

Além de o próprio planejamento familiar ser uma garantia conferida aos indivíduos, fato é que demais direitos dele decorrem. Destacam-se, assim, o direito à concepção e o direito à maternidade.

3.1.1 Direito à concepção

O caso emblemático, julgado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, traz à baila um exemplo referente ao direito de concepção. A Apelação Cível n.º 0024323-86.2008.8.19.0001³⁶, cujo escopo era reformar sentença do juiz *a quo*, teria julgado improcedente o pedido da autora para que o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Belford Roxo fossem obrigados ao fornecimento de medicamentos necessários para a fertilização *in vitro*.

³⁵ PATRIOTA, Tania. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Plataforma de Cairo, p. 43, 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

³⁶ “Apelação cível. Direito constitucional. Medicamentos para fertilização *in vitro*. Possibilidade. Princípio da dignidade da pessoa humana. Direito à vida e à saúde. Direito à família. Direito de ser feliz. É dever do Estado garantir o planejamento familiar, seja através de métodos contraceptivos, como contraceptivos. Art. 226, § 7.º, da CRFB/88. Art. 294, da CERJ. Lei n.º 9.263/96. Pretensão de obter medicamentos necessários ao tratamento para fertilização *in vitro* não foge do postulado de garantia à saúde, que deve ser assegurado pelo Poder Público. Não obstante a existência de outras formas para se ter um filho, como a adoção, por exemplo, não é possível privar a cidadã hipossuficiente de gerar um filho em seu ventre, já que a infertilidade e o impedimento de conceber um filho pela via natural pode acarretar abalo na saúde psicológica da autora, cabendo ao Estado garantir, assim, a saúde dos seus administrados. A premissa de que não implica em risco à saúde o fato de não poder ter filho não se sustenta, mormente porque o Conselho Federal de Medicina reconhece a infertilidade como uma patologia, que pode ter consequências psicológicas e psiquiátricas, inclusive. Assim como o Estado fornece medicamentos e preservativos para contracepção, deve também fornecer os meios para a concepção àqueles que não tem condições financeiras de custear os medicamentos decorrentes do tratamento. Ademais, é dever constitucional do Estado garantir a todos o direito à vida digna, à família e a ser feliz, sendo irrefutável que a sobrevivência digna e feliz da autora se dará com a concepção do seu filho, não podendo o Estado ser presente num aspecto do planejamento familiar (contracepção) e omissor noutro (concepção). Reforma da sentença. Provimento do recurso” (TJRJ, Apelação Cível n.º 0024323-86.2008.8.19.0001, 3.ª Câmara de Direito Público (antiga 6.ª Câmara Cível), Des. Teresa de Andrade Castro Neves, j. 09.11.2011).

O acórdão do Tribunal reformou a sentença, a qual julgava improcedente a ação em razão de a autora não ter doença grave ou risco de vida, trazendo a questão de que o caso possuía abrangência mais ampla, como os próprios direitos constitucionais de direito à família e à saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, a relatora apontou que a adoção poderia ser caminho diverso à autora, mas que sua opinião não poderia retirar a possibilidade de ela ser mãe biologicamente falando, com todas as mudanças corporais que daí decorrem. Além disso, com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana e, principalmente, da igualdade, a situação financeira não poderia se tornar impeditivo para o procedimento, devendo o Estado atuar para garantir a isonomia entre os indivíduos.

3.1.2 *Direito à maternidade*

O direito à maternidade é fruto de uma grande evolução histórica, principalmente trabalhista. Em verdade, uma grande ruptura foi o Decreto n.º 21.417-A de 1932, o qual determinou, entre outras disposições, a impossibilidade de mulheres trabalharem em estabelecimentos industriais e comerciais nas quatro semanas anteriores e posteriores ao parto³⁷ e dois descansos diários, de meia hora cada um, para amamentação pelos seis meses após o parto³⁸.

Posteriormente, veio a Constituição Federal de 1934, revolucionária por ser a primeira a se reportar ao direito à maternidade, garantindo assistência médica à gestante, bem como descanso pré e pós-parto, sem prejuízo do salário e emprego³⁹. De forma semelhante, a Magna

³⁷ “Art. 7.º Em todos os estabelecimentos industriais e comerciais públicos ou particulares, é proibido o trabalho à mulher grávida, durante um período de quatro semanas, antes do parto, e quatro semanas depois.

§ 1.º A época das quatro semanas, anteriores ao parto será notificada, com a necessária antecedência, ao empregador, pela empregada, sob pena de perder esta o direito ao auxílio previsto no art. 9.º.

§ 2.º No caso do empregador impugnar a notificação estabelecida no parágrafo anterior, deverá a empregada comprovar o seu estado mediante atestado artigo.

§ 3.º A falta de notificação determinada no § 1.º ou a sua inexatidão isenta o empregador de responsabilidade no que concerne ao disposto neste artigo.

§ 4.º Os períodos de quatro semanas antes e depois do parto poderão ser aumentados até ao limite de duas semanas cada um em casos excepcionais, comprovados por atestado médico.”

³⁸ “Art. 11. A mulher que amamentar o próprio filho terá direito a dois descansos diários especiais, de meia hora cada um, durante os primeiros seis meses que se seguirem ao parto.”

³⁹ “Art. 121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a protecção social do trabalhador e os interesses economicos do paiz.

§ 1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem melhorar as condições do trabalhador:

h) assistencia medica e sanitaria ao trabalhador e á gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuizo do salario e do emprego, e instituição de previdencia, mediante contribuição igual da

Carta de 1937 previu no artigo 137, “I”, a assistência médica e higiênica à gestante, em período pré-parto e pós, sem prejuízo do salário. A Consolidação da Legislação Trabalhista, editada em 1943, reafirmou tais direitos.

A Constituição Federal de 1946, mais uma vez, reconheceu o direito da gestante antes e depois do parto, sem prejuízo ao emprego e ao salário, e determinou a assistência sanitária à gestante, no artigo 157, X.

O Decreto-lei n.º 229 de 1967 trouxe grande inovação à matéria, ao realizar alterações na CLT, principalmente nos artigos 389 e 392, criando a obrigação de as empresas fornecerem “local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação”, além de aumentar o período em que é vedado o trabalho da mulher grávida para quatro semanas anteriores e oito semanas posteriores ao parto.

Ressalta-se, porém, que, *a priori*, os direitos concedidos às gestantes tornaram-se encargo dos empregadores, isso porque eram estes quem devia pagar o período em que aquelas estivessem afastadas. Dessa forma, a discriminação das mulheres na seara empregatícia ficou ainda mais acentuada e evidente.

Por essa razão, o Brasil ratificou a Convenção n.º 103 da OIT de 1952, a qual determinou, no artigo IV, que as prestações devidas à empregada gestante deverão ser fornecidas a um molde de sistema de seguro, vedando a responsabilidade pessoal do empregador pelo custo. A transferência foi efetivamente positivada vinte e dois anos após, por meio da Lei n.º 6.136/1974.

Mais inovações foram trazidas com a *Lex Mater* atual. Não somente a licença-gestante foi assegurada pelo prazo de 120 dias, mas também, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, garantiu-se o emprego à gestante a partir da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, vedando a dispensa arbitrária ou sem justa causa. O artigo 6.º da CF/1988 ainda positiva a proteção à maternidade e à infância como direito social.

Importante destacar, assim, que a Organização Mundial da Saúde divulgou, em março de 2022, o “WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience”⁴⁰, referente a novas diretrizes relacionadas a puérperas e aos bebês nas primeiras seis semanas após o nascimento. Aponta, inclusive, que os primeiros quarenta e cinco dias após

União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte.”

⁴⁰ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 jul. 2024.

o nascimento são vitais para a sobrevivência materno-infantil. As Nações Unidas apresentam que 3 em cada 10 gestantes e bebês ficam sem cuidados pós-natal nos dias subsequentes ao parto, quando ocorre a maioria das mortes das mães e recém-nascidos.⁴¹

Os primeiros dias de vida são fundamentais para a saúde física e psicológica da puérpera e descendente, bem como influenciam a longo prazo a vida da criança, estabelecendo comportamentos e seu desenvolvimento. Logo, notória a necessidade de se debruçar sobre o tema e a garantia dos referidos direitos.

Inclusive, tamanhas são a relevância e a necessidade desse convívio pós-parto que não somente é garantido genericamente às mulheres, mas também cuidou a legislação de tratar o tema especificamente às mulheres, o qual se encontra restrito. Como bem apresenta Maria Helena Diniz:

A proibição das visitas íntimas às presas, direito que lhes é resguardado por aquela lei (Lei de Execuções Penais) e pelo Plano Estadual de Direitos Humanos, poderia ser justificada para evitar sua gravidez, diante da inexistência de berçários e de esterilizadores de instrumentos ginecológicos para um perfeito atendimento à saúde da gestante presa. Como admitir isso se o Estado reconhece o direito à maternidade e se há a possibilidade de acesso a métodos anticoncepcionais? Não se pode argumentar que se estaria possibilitando o nascimento de crianças encarceradas, pois o direito à maternidade não foi retirado da condenada, mas tão somente a sua liberdade. O direito à relação amorosa e à vida íntima não pode ser retirado da presa, que tem até mesmo o direito de querer engravidar.⁴²

Não há, portanto, qualquer restrição ao direito à maternidade da presa e, conseqüentemente, garantem direitos à grávida, como se vê disposto constitucionalmente no artigo 5.º da Constituição Federal, L, o qual assegura condição das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação.

Além de a Carta Magna prever esse direito, a Lei de Execução Penal dispõe garantias para a grávida e mãe presidiária, como o artigo 14, § 3.º, da Lei de Execução Penal, que garante acompanhamento médico, principalmente no pré-natal e posteriormente ao parto, bem como extensivamente ao recém-nascido, bem como o artigo 82, § 2.º, o qual determina que os estabelecimentos carcerários femininos deverão conter berçário para a condenada cuidar de seu filho até, no mínimo, 6 meses de idade.

⁴¹ ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS: mulheres e recém-nascidos precisam de tratamento de qualidade no período pós-parto. **ONU News**, 31 mar. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784692>. Acesso em: 14 jul. 2024.

⁴² DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: JusPodivm, 2024. p. 162.

Ainda, conforme o artigo 89, *caput* e parágrafo único, da mesma lei, a penitenciária de mulheres deverá dispor de seção para gestante e parturiente, além de creche para crianças maiores de 6 meses e menores de 7 anos, inclusive impondo requisitos básicos de:

- I – atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; e (Incluído pela Lei n.º 11.942, de 2009.)
- II – horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável. (Incluído pela Lei n.º 11.942, de 2009.)

Ressalta-se que os dispositivos se aplicam tanto para a gravidez pretérita ao encarceramento quanto para a ocorrida durante o cumprimento da pena.

Além da legislação nacional, há diretrizes internacionais sobre o tema. As Regras de Mandela trata-se de um conjunto de normas cuja intenção é a mudança no modelo de sistema penal, por meio da incorporação de novas doutrinas de direitos humanos. Sobre o tema aqui abordado, importam as regras 28 e 29, *in verbis*:

Regra 28

Nas unidades prisionais femininas, deve haver acomodação especial para todas as necessidades de cuidado e tratamento pré e pós-natais. Devem-se adotar procedimentos específicos para que os nascimentos ocorram em um hospital fora da unidade prisional. Se a criança nascer na unidade prisional, este fato não deve constar de sua certidão de nascimento.

Regra 29

1. A decisão de permitir uma criança de ficar com seu pai ou com sua mãe na unidade prisional deve se basear no melhor interesse da criança. Nas unidades prisionais que abrigam filhos de detentos, providências devem ser tomadas para garantir:
 - (a) creches internas ou externas dotadas de pessoal qualificado, onde as crianças poderão ser deixadas quando não estiverem sob o cuidado de seu pai ou sua mãe.
 - (b) Serviços de saúde pediátricos, incluindo triagem médica, no ingresso e monitoramento constante de seu desenvolvimento por especialistas.
2. As crianças nas unidades prisionais com seu pai ou sua mãe nunca devem ser tratadas como presos.⁴³

Evidente que o ordenamento jurídico brasileiro e o internacional gastam esforços com o intuito de garantir as melhores condições para um momento tão vulnerante para mulher e o bebê, assegurando direitos pré e pós-parto, tendo em vista a influência desse período na vida da criança durante todo o seu desenvolvimento.

Fato é que uma grande parte desse interesse deverá ser efetivada no momento do parto, ao analisar as evidentes necessidades da mulher e do feto e, por outro lado, suas vontades, o que será apresentado a seguir.

⁴³ CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Mandela**: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Coordenação Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi. Brasília: CNJ, 2016. p. 26. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.

4 AUTONOMIA DA MULHER NO MOMENTO DO PARTO

Analizados o histórico da autonomia da vontade das mulheres, os direitos referentes à relação médico-paciente e o planejamento familiar, necessário que todos esses temas sejam explorados conjuntamente no momento do procedimento do parto.

Portanto, além dos fatores apresentados, há dois elementos distintos que permeiam a situação: a violência obstétrica e o plano de parto (principalmente quando vai de encontro aos princípios bioéticos).

4.1 A violência obstétrica

Para que haja entendimento sobre a violência obstétrica, é preciso verificar as modificações que ocorreram desde os séculos XVI e XVII no cenário macrossocial e, mais especificamente, médico.

Em verdade, tendo em vista as crises populacionais que ocorreram no período supracitado, a reprodução deixou de ser controlada pela mulher, tornando-se um verdadeiro assunto estatal. Pode-se apontar, inclusive, o endurecimento de penalização dos crimes “reprodutivos”, como aborto e infanticídio, sendo este caracterizado como a morte do bebê antes de seu batismo, o que foi o segundo maior motivo de execução das mulheres durante o movimento político e religioso da Inquisição.

Ressalta-se que as doulas e parteiras, que eram as principais figuras a assistir o procedimento do parto, tiveram sua competência transferida abruptamente para os médicos. A mudança de atribuição, porém, não ocorreu pela ausência de capacidade das mulheres, e sim pelo efetivo receio de que ocorresse o crime de infanticídio. Conforme Silvia Federeci:

Com a marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como “aqueles que realmente davam vida” (como nos sonhos alquimistas dos magos renascentistas). Com essa mudança, também teve início o predomínio de uma nova prática médica que, em caso de emergência, priorizava a vida do feto em detrimento da vida da mãe. Isso contrastava com o processo de nascimento habitual que as mulheres haviam controlado. E, para que efetivamente ocorresse, a comunidade de mulheres que se reunia em torno da cama da futura mãe teve que ser expulsa da sala

de partos, ao mesmo tempo que as parteiras eram postas sob a vigilância do médico ou eram recrutadas para policiar outras mulheres.⁴⁴

Logo, caracterizou-se um avassalador retrocesso ao direito das mulheres. Isso porque, conforme apresenta Federici, durante a Idade Média, elas podiam fazer uso de métodos contraceptivos, ainda que arcaicos, além de terem o domínio sobre o parto. Durante a Inquisição, elas perderam tais garantias, e não somente tornaram-se reféns dos médicos, mas também o próprio procedimento se transformou em mero ato mecânico, além de as parturientes ficarem isoladas, inclusive da comunidade feminina, tendo de se subjugar ao procedimento em que antes eram protagonistas. As mulheres, assim, perderam totalmente sua autonomia de evento do qual era figura central.

No caso, essa inversão dos papéis ainda não foi desfeita, apesar de transcorridos cinco séculos. No final do ano de 2021, um caso midiático trouxe preocupantes questões (e similares ao período da Inquisição) a serem debatidas. A influenciadora Shantal Verdelho divulgou detalhes sobre fatos desumanos que ocorreram durante seu parto, realizado em setembro do mesmo ano, pelo médico obstetra Renato Kalil.

A influenciadora informou que seu marido gravava todo o procedimento e, ao assistirem-no posteriormente à fase puerperal, notaram uma série de condutas inadequadas e desaconselhadas, feitas ou ditadas pelo médico responsável. Em vídeo divulgado, inclusive, é possível ouvir Renato proferindo diversos palavrões, além de dizer “ah, viadinha, ela não faz essa força final”, “o útero é uma porcaria”, “faz força, porra”, “vai, você tá meditando” e “você tá sem coordenação, já tinha nascido faz uma meia hora” (*sic*).

Além disso, Shantal informou que o médico chamou seu marido e disse a ele “olha aqui, toda arrebitada. Vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela” (*sic*).

Por fim, relatou, o que é corroborado pelo vídeo, que foi realizada a manobra de Kristeller. Importante destacar que o procedimento supracitado consiste em técnica elaborada pelo alemão Samuel Kristeller em 1867, na qual se aplica pressão sobre o fundo uterino durante o período expulsivo, e a pesquisa “Nascer no Brasil”, que analisou 23.940 partos, identificou que em 35% ocorreu a aplicação de tal técnica.⁴⁵

⁴⁴ FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019. p. 177. Disponível em: http://coletivosycorax.org/wp-content/uploads/2019/09/CALIBA_E_A_BRUXA_WEB-1.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

⁴⁵ DINIZ, Carmen S. G.; BATISTA, Luis E.; KALCKMANN, Suzana; SCHLITZ, Arthur O. C.; QUEIROZ, Marcel R.; CARVALHO, Priscila C. de A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puerperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 568, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cdK3mWB5JJMSFbFPx3bC3nv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2024.

O método sofre diversas críticas, tendo em vista que há comprovação de que pode causar complicações tanto para mãe (por exemplo, hemorragias e ruptura uterina) quanto para o bebê (distocia de ombro e sofrimento fetal). Por essa razão, a manobra de Kristeller foi contraindicada pelo Ministério de Saúde em 2017, quatro anos antes do ocorrido, bem como pela Organização Mundial da Saúde. A manobra é considerada, assim, um exemplo de violência obstétrica.

Nesse ponto, necessário que seja definido o que caracteriza esse modelo de violência. Verdade é que ainda não há lei federal que aborde o tema e, portanto, unifique sua conceituação no Estado brasileiro, o que é um verdadeiro empecilho para uma subsunção e, assim, que possam ser criados meios efetivos para seu impedimento.

Para Silvia Badim Marques, a violência obstétrica é um termo que vem sendo cunhado para a caracterização de práticas nos sistemas de saúde e no atendimento às gestantes em que haja violência, seja moral, física, patrimonial ou até psicológica, no ciclo gestacional referente ao parto e puerpério.⁴⁶

Tendo em vista que, a partir da Inquisição, o médico passou a ter praticamente o monopólio sobre o parto, uma das maiores dificuldades para obstar a prática da violência obstétrica é, de fato, saber o que a caracteriza.

O Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro realizou uma análise de processos judiciais e identificou as violências obstétricas em cinco conjuntos reunidos na revisão dos Informes Temáticos e precedentes do Sistema Interamericano de Direitos Humanos:

- 1) Trato desumanizante: falha no acompanhamento pré-parto, demora na realização da cesárea, parto prolongado, demora no atendimento, peregrinação por hospitais, liberação ou alta médica sem a devida cautela, indiferença à dor, mandar para casa, recusa de atendimento médico, tortura e erro ao ministrar ou acompanhar efeitos da medicação.
- 2) Medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos: uso de fórceps, episiotomia, tricotomia, manobra de Kristeller e alimentação inadequada.
- 3) Maltrato psicológico: humilhações, omissão ou falta de clareza nas informações, dificuldade de acesso a documentos, limitar o contato da mãe com recém-nascido,

⁴⁶ MARQUES, Silvia B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 98, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 23 jul. 2024.

culpabilização da mãe por danos, manutenção da gravidez de feto sem viabilidade extrauterina e negativa de acompanhante da parturiente.

- 4) Ausência do consentimento da mulher: ausência do consentimento ou respeito à vontade da parturiente da mulher.
- 5) Não observação das especificidades socioculturais.⁴⁷

Ressalta-se que não é um rol taxativo, existindo outras formas de violência obstétrica que se encaixam nas categorias apresentadas, mas que não foram elencadas, como a histerectomia sem consentimento. Além disso, há violências em que não foi possível a subsunção nos conjuntos predeterminados.

Importante observar que tais condutas vão de encontro com a autonomia da vontade da mulher. Em verdade, não somente o Sistema Interamericano de Direitos Humanos determinou uma categoria exclusiva para a “ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente”, como também algumas condutas infringem diretamente esse direito da mulher.

Por exemplo, a “omissão ou falta de clareza nas informações” fora anteriormente vista, quando abordados os deveres do médico. Isso porque, como apontado, não há que falar no exercício de sua autodeterminação, quando ausentes elementos necessários para que a parturiente possa fazer essa escolha.

Ao se observar novamente o caso emblemático da influenciadora, é possível notar mais uma violência obstétrica do médico ginecologista, o qual, a todo momento, tentava convencer, durante o parto, a vítima a episiotomia. Conforme foi apurado, Shantal recusara o método, exercendo sua autonomia, mas, durante a gravação, Renato Kalil por vezes desaprova sua autodeterminação, inclusive dizendo: “Teimosa, ela não quer episio”, “ó, tá faltando só episio para nascer” (*sic*) e, ao questionar novamente, se não queria o procedimento, faz sinal de “joinha” em deboche.

Portanto, a violência obstétrica simboliza uma forma de apropriação do corpo feminino e do processo reprodutivo pelos profissionais da área da saúde, fazendo-o por meio do tratamento desumano, o que representa a efetiva perda de autonomia e capacidade das mulheres de decidirem sobre seus corpos.⁴⁸

⁴⁷ EMERJ – ESCOLA DE MAGISTRATURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia. “Se ficar gritando, vai ter filho sozinha”: a violência obstétrica à luz do direito brasileiro e do sistema interamericano de proteção de direitos humanos. **Relatório de Pesquisa NUPEGRE**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 164, 2024. Disponível em: <https://emerj.tjrj.jus.br/pagina/8/136/282>. Acesso em: 22 jul. 2024.

⁴⁸ RODRIGUES, Francisca Alice Cunha; LIRA, Samira Valentim Gama; MAGALHÃES, Poliana Hilário; FREITAS, Ana Luiza e Vasconcelos; MITROS, Verônica Maria da Silva; ALMEIDA, Paulo César. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod Clim.**, p. 2, 2017.

A violência sofrida, porém, não se resume ao evento em si. Isso porque a sociedade tem costume de manter e criar maneiras de subjugar a mulher. Além de uma dessas formas ter sido a perda de autonomia no parto, fato é que outros mecanismos, inclusive estatais, conservam essa discriminação. O sistema jurídico infelizmente ainda se trata de um desses mecanismos.

Em verdade, uma recente decisão do Superior Tribunal de Justiça trouxe a tônica à discussão, ao determinar o trancamento de ação penal. O processo tinha como objeto lesões corporais sofridas, como a manobra de Kristeller, e violências psicológicas causadas pelo médico no momento do parto. Houve unanimidade a respeito da ausência de pressuposto processual para persecução do crime de violência psicológica, tendo em vista que fora realizada anteriormente transação penal. Por outro lado, ocorreu divergência com relação às lesões corporais.

O Exmo. Ministro Ribeiro Dantas defendeu a presença de justa causa, tendo em vista a utilização da manobra proscrita pela Organização Mundial da Saúde e a abertura forçada da vagina da vítima. Reconheceu que para o recebimento da denúncia é necessária somente a certa probabilidade de verdadeira a imputação, e não sua certeza. Dessa forma:

Evidentemente, o nível de corroboração necessário para dar início à persecução criminal é inferior àquele exigido para a prolação de sentença condenatória. Demandar a certeza da materialidade e da autoria nesta etapa processual é estabelecer um *standard* rígido em excesso não só para a acusação, mas também para a defesa, porque equivaleria a uma espécie de antecipação do juízo de mérito (ainda que parcial) sobre a procedência da acusação em si. Fosse esse o *standard* para receber a denúncia, para além da necessidade de o juiz exercer uma cognição judicial profunda e incompatível com o início da persecução penal, o réu já teria contra si um juízo de certeza, o que pode ser compreendido até como um cerceamento de defesa.⁴⁹

Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23360/1/2017_art_facrodrigues.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

⁴⁹ “Agravos em recurso especial. Penal e processo penal. Lesão corporal e violência psicológica no contexto de violência obstétrica. Prova pericial inconclusiva quanto ao nexo causal entre a conduta médica e as lesões, compatíveis com parto normal. Denúncia rejeitada por ausência de justa causa e coisa julgada. Inexistência de dolo específico e erro médico. Inaplicabilidade de persecução penal dupla. Agravo provido.

1. A denúncia por violência psicológica (art. 147-B do CP) deve ser rejeitada por falta de pressuposto processual, em virtude da ocorrência de coisa julgada material, já que o acusado foi anteriormente processado e firmou transação penal com a vítima pelos mesmos fatos. Configurada a vedação a uma dupla persecução penal para os mesmos fatos, conforme jurisprudência consolidada desta Corte.

2. Quanto à imputação de lesão corporal (art. 129, § 13, do CP), a prova pericial inconclusiva quanto ao nexo causal entre a conduta médica e as lesões, que são compatíveis com o parto normal, e a ausência de indícios de imperícia, imprudência ou negligência por parte do médico obstetra, aliado ao contexto de urgência do parto, inviabilizam o reconhecimento de justa causa para a instauração da ação penal.

3. A decisão médica em contexto de urgência, respeitando os padrões de *lex artis*, não configura, por si só, prática culposa que justifique a responsabilização penal do profissional de saúde, especialmente quando o procedimento adotado se revela necessário para a segurança da parturiente e do recém-nascido.

4. Agravo conhecido e provido para dar provimento ao recurso especial, restabelecendo a decisão de primeiro grau que rejeitou a denúncia com relação a ambas as imputações: a primeira por falta de pressuposto processual (coisa julgada material), a segunda por ausência de justa causa, nos termos do artigo 395, incisos II e III, do Código de Processo Penal” (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, Agravo em Recurso Especial n.º

O seu entendimento, porém, foi isolado, ao passo que os demais ministros sustentaram que as provas dos autos apontam que as lesões eram compatíveis com o procedimento do parto. Ainda, indicaram que não houve imperícia, imprudência ou negligência por parte do obstetra, que teria atuado conforme a *lex artis*.

O voto do Exmo. Ministro Relator Joel Ilan Paciornik, além de defender a ausência de indicação de que as lacerações tenham ocorrido pelas manobras realizadas pelo médico, reforçou a autonomia do médico:

Por fim, ressalto que a decisão de como proceder seja na sala de parto, em uma sala de cirurgia, em box de emergência ou em uma UTI é do médico. A decisão técnica, quanto ao melhor e ao adequado procedimento, é do médico. A autonomia do profissional é a capacidade de pensar, decidir e agir, de modo livre e independente do médico, prevista no Código de Ética Médica e que se traduz na autonomia do médico a liberdade de decidir sobre métodos diagnósticos e terapêuticos, independente de influências ou pressões externas à sua consciência.⁵⁰

E, ainda mais, atribuiu parcela de responsabilidade à vítima:

Já chegando ao final da minha manifestação, ressalto que o caso que está sendo tratado hoje não pode ser comparado aos tristes casos em que mulheres, atendidas no Sistema Único de Saúde, são tolhidas de suas vontades e não têm qualquer opção de escolha. Falamos aqui de um médico particular escolhido pela recorrida, que poderia, antes do nascimento de seu bebê, ter optado por trocar de profissional, mas não o fez. Optou por um profissional médico e um hospital que são conhecidos por adotarem procedimentos tradicionais e conservadores.⁵¹

Ora, de fato, além de a vítima ter sido ofendida de diversas formas no momento delicado de seu parto, ao buscar acesso à Justiça, tudo leva a crer que ainda sofreu revitimização secundária pelo Ministro do Superior Tribunal de Justiça. Isso porque considerou a escolha da parturiente de seu médico, sabendo de seus “métodos”. As mulheres, portanto, se encontram sujeitas a violências, e, ainda, à culpabilização do ocorrido com elas, até de forma institucional.

Com o intuito de a mulher reassumir o papel de protagonista do parto e de assegurar as melhores condições durante o procedimento, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM n.º 569/2000. Assim, pretende-se romper com o modelo que tradicionalmente impõe isolamento à parturiente, criando novos mecanismos para promover um ambiente acolhedor. Igualmente, propõe-se a evitar que práticas intervencionistas desnecessárias sejam realizadas.

2.587.582/SP (2024/0082070-4), 5.ª Turma, Brasília, DF, p. 8, 27 de agosto de 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_processo=aresp2587582. Acesso em: 2 set. 2024).

⁵⁰ *Ibid.*, p. 33.

⁵¹ *Ibid.*, p. 34.

Ainda com o foco em promover os partos humanizados, foi implementada a Rede Cegonha, em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde que, como apresentam Francisca Alice Cunha Rodrigues *et al.*: “[...] visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável”.⁵²

Não obstante, são necessárias medidas mais contundentes que visem efetivar o direito fundamental de autonomia da vontade da mulher de formas diversas, tanto garantindo o direito à informação para escolha informada quanto certificando que as parturientes conheçam as técnicas e os eventos que possam caracterizar a violência obstétrica.

4.2 Violência obstétrica: direito comparado

Em verdade, casos paradigmáticos ocorreram em diversos países sul-americanos, afetando o entendimento da matéria de violência obstétrica e ressaltando a necessidade de avanços legislativos sobre o tema, como o caso Cristina Brítez Arce.

Cristina era de origem argentina, que se encontrava grávida de seu terceiro filho, e possuía diversos riscos, como pressão arterial alta em gravidez anterior. Por conta de dores lombares, febre e perda de líquidos pela genitália, dirigiu-se ao Hospital Público Ramón Sardá no dia 1.º de junho de 1992 e, assim, foi descoberto que o feto se encontrava morto, havendo necessidade de induzimento ao parto. Cristina, porém, veio a óbito horas depois da internação, em virtude de parada cardiorrespiratória.

O pai dos filhos adolescentes da vítima, dias após o fato, solicitou autópsia, na qual constou que, por Cristina ser uma paciente de alto risco, as medidas adotadas deveriam ter sido diferentes, em razão das necessidades pessoais. Em 16 de dezembro de 2018, o Ministério Público Federal denunciou os médicos relacionados ao caso por homicídio culposo, mas, aproximadamente cinco anos depois, foi proferida sentença absolutória, a qual foi mantida pelos órgãos superiores. Ainda, com relação aos danos cíveis, também houve indeferimento dos pedidos realizados pelo genitor dos filhos de Cristina, sob a égide de que não há como confirmar a causa da morte inequivocamente, tendo em vista que a autópsia foi realizada em 25 de julho de 1992, isto é, um mês e meio após a morte.

⁵² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, Agravo em Recurso Especial n.º 2.587.582/SP (2024/0082070-4), 5.ª Turma, Brasília, DF, p. 2, 27 de agosto de 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&numero_processo=aresp2587582. Acesso em: 2 set. 2024.

Tendo em vista a ausência de responsabilização pelo Judiciário argentino, acionou-se a Corte Interamericana de Direitos Humanos, a qual reconheceu a responsabilidade do Estado e, inclusive, apresentou uma definição de violência obstétrica:

Além disso, a Corte se pronunciou sobre a violência obstétrica e salientou que esta é uma forma de violência baseada no gênero exercida pelos responsáveis nos cuidados da saúde sobre gestantes, durante o acesso aos serviços que têm lugar para gestantes, parto e pós-parto, que se manifesta sobretudo, embora não exclusivamente, num tratamento desumano, desrespeitoso, abusivo ou negligente das grávidas; na negação de tratamento e informação completa sobre o estado de saúde e os tratamentos aplicáveis; em intervenções médicas forçadas ou coagidas, e na tendência para patologizar processos naturais de reprodução, entre outras manifestações ameaçadoras no contexto dos cuidados de saúde antes, durante e depois da gravidez.⁵³

Importante destacar que, antes mesmo do proferimento da referida decisão, o Estado argentino promulgou a Lei n.º 26.485 de 2009, a qual se reporta à proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres. Dessa forma, consta de seu art. 6.º, “e”, a definição de violência obstétrica para o país:

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.⁵⁴

Há de destacar caso igualmente emblemático, que ocorreu na Venezuela em 1998. Balbina Francisca Rodríguez Pacheco, médica, encontrava-se na 39.ª semana de gestação, quando foi à Clínica Privada La Concepción. O médico lhe advertiu sobre risco da gravidez e, no dia seguinte, foi submetida ao procedimento de cesárea, o que causou hemorragia significativa na paciente. Por ser também médica, solicitou histerectomia, bem como seu esposo, também médico, a qual foi negada pelo profissional, sob argumento de que não seria o momento.

Balbina, porém, veio a apresentar sangramento genital severo e teve de realizar histerectomia subtotal e, no dia seguinte, foi submetida à laparotomia de urgência. Em verdade, Balbina realizou seis cirurgias no período de seis meses, e ainda teve complicações, como o uso

⁵³ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. A Argentina é responsável pela violência obstétrica e morte de Cristina Brítez Arce, que estava grávida no momento do falecimento. 18 jan. 2023. San José, Costa Rica. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_02_2023_port.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

⁵⁴ REPÚBLICA ARGENTINA. **Ley n.º 26.485.** Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

de cadeira de roda por um ano. Infelizmente, por conta de irregularidades processuais, houve prescrição do caso, impossibilitando a responsabilização dos envolvidos.

A genitora de Balbina submeteu o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 2002 e, em setembro de 2023, decidiu-se pela responsabilidade do Estado pela violação das garantias e direitos.

De forma semelhante, antes da decisão de Corte internacional, a Venezuela passou a prever legalmente o termo violência obstétrica, tornando-se o primeiro país sul-americano a realizar o avanço legislativo, por meio da Lei n.º 38.668 (Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência) de 2007, em seu art. 15, 13:

Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Considerando que a edição da lei tinha como objetivo oferecer maior acessibilidade ao tema e, conseqüentemente, entendimento mais amplo, o legislador optou por trazer, no art. 51, rol de atos que consistem em violência obstétrica, podendo-se citar a ausência de atendimento eficaz a emergências obstétricas e realizar parto cesariano, quando é possível o parto natural, sem o consentimento da parturiente.⁵⁵

Também vale apresentar que, na Cidade do México, em 2014, a Lei de Acesso das Mulheres a uma Vida Livre de Violência do Distrito Federal⁵⁶ foi reformada, passando a constar

⁵⁵ “Artículo 51. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda” (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Ley n.º 38.668.** Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em: 2 set. 2024).

⁵⁶ CIUDAD DE MÉXICO. **Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal.** Disponível em: https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

do art. 6.º, dispositivo no qual são previstos os tipos de violência contra a mulher, a violência obstétrica. A definição estabelecida não se limita ao período do parto, incorporando a fase puerperal.

Fato que a mera previsão legislativa não é, por si só, suficiente para assegurar os direitos e garantias das mulheres, mas se torna um grande marco e ganho feminista. Como apresentado, um dos grandes obstáculos para o avanço da matéria, incluindo as denúncias, é a falta de conhecimento e acessibilidade sobre o tema. A partir de positivação na lei, facilita-se a disseminação do assunto, devendo ser acompanhado por meios e procedimentos que coíbam a prática.

4.3 Plano de parto e a autonomia da vontade

Uma forma de buscar promover a humanização do parto é a elaboração de um plano de parto, o qual se trata de um documento formulado pela parturiente, posteriormente ao acesso amplo às informações necessárias para se autodeterminar com relação à gravidez e ao momento do parto.

O plano de parto foi cunhado em 1980 nos Estados Unidos da América por Sheila Kitzinger, ativista do parto natural e contra o cenário de medicalização. Kitzinger constatou o cenário já analisado, no qual os obstetras passaram a controlar o processo do parto, retirando a autonomia da parturiente. Para a ativista, haveria necessidade de retomar o *status quo ante*, valorizando o individual de cada mulher.

O instrumento, portanto, é um espelho da liberdade de escolha e de vontades, indo ao encontro do princípio bioético da autonomia e, portanto, age como um norteador para atuação dos envolvidos no momento do parto (gestante, familiares, médicos, equipe de saúde, doulas e afins). Conforme apresenta Judith Lothian:

The written birth plan was introduced in the 1980s, in an increasingly medicalized maternity environment, as a tool to help women clarify their desires and communicate these to their caregivers. Today, intervention-intensive birth is the norm, and birth plans are as likely to reflect a desire for interventions, including epidural, elective induction, and cesarean, as they are to express women's desire to avoid unnecessary interventions.⁵⁷

⁵⁷ LOTHIAN, Judith. Birth plans: the good, the bad, and the future. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 35, n. 2, p. 295, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515343513>. Acesso em: 28 jul. 2024.

O plano de parto foi apresentado na década de 1980, durante a ascensão de um ambiente de maternidade medicalizado, como ferramenta para ajudar as mulheres a esclarecerem seus desejos e os comunicarem a seus cuidadores. Hoje, a norma é a intervenção intensiva durante o parto, e os planos de parto são tão prováveis de

Dessarte, o plano de parto pretende humanizá-lo, ao passo que valida as opiniões e vontades das mulheres, além garantir que elas terão as informações necessárias sobre o procedimento para que possam elaborar o projeto, caracterizando o consentimento ou recusa informada.

A importância do plano de parto é reconhecida desde 1986 pela Organização Mundial da Saúde, que, por meio do documento “Care in Normal Birth: a practical guide”, o qual classificou as práticas relacionadas ao parto normal em quatro distintas categorias, listou o método como o primeiro no grupo de “claramente útil e que deverá ser utilizado”, como se vê:

CATEGORY A:

6.1 Practices which are Demonstrably Useful and Should be Encouraged

1. A personal plan determining where and by whom birth will be attended, made with the woman during pregnancy and made known to her husband/partner and, if applicable, to the family (1.3).⁵⁸

Em 2015, foi publicado um estudo sobre o plano de parto na Espanha, cuja conclusão fora a de que o método possui influência positiva no parto e seus resultados, destacando a segurança da mulher, a efetividade, a satisfação e seu empoderamento.⁵⁹

Ressalta-se que essas diretivas antecipadas podem ser instrumentalizadas de maneiras diversas, como em formato de carta ou preenchendo modelo preexistente, assinalando suas vontades e desejos.

A Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, por exemplo, disponibilizou na internet cartilha referente ao Plano de Parto da Rede Regional de Atenção à Saúde 3 – Franco da Rocha (RRAS 3)⁶⁰. O documento traz 25 perguntas objetivas, categorizadas em cinco grupos: durante o trabalho de parto, parto e hora do nascimento, caso a cesárea seja necessária, após o parto e cuidados com o bebê. Entre as opções a serem feitas, a parturiente deve manifestar os métodos

refletir o desejo por intervenções, como anestesia epidural, indução de parto e cesarianas, quanto de expressar a vontade das mulheres de evitar intervenções desnecessárias.

⁵⁸ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health & Research, Geneva. **Care in Normal Birth: a practical guide.** 1996. p. 34. Disponível em: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?_gl=1*b2grix*_ga*MTA1NzMyNDM2Ny4xNzIxNjkxNDIw*_ga_Q1D7CRPVC5*MTcyMTY5MTQyMC4xLjAuMTcyMTY5MTQyMC4wLjAuMA... Acesso em: 22 jul. 2024.

⁵⁹ SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María E. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 524, may/jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 22 jul. 2024.

⁶⁰ SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Meu plano de parto: plano de parto – RRAS 3.** Franco da Rocha. Disponível em: http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/2023/morte-materna/plano_de_parto_regional_rras_3_-_franco_da_rocha_1_versao_2023.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

não farmacológicos que deseja para alívio da dor, sua posição no momento do parto e autorização ou não da episiotomia.

Não obstante, vale observar a parte final da cartilha: “Gostaria que meu Plano de Parto fosse respeitado e estou ciente que existem situações especiais. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas”.

Logo, a parturiente deve concordar, previamente, que sabe que situações excepcionais podem ocorrer e, assim, a autodeterminação pode não ser concretizada diante desse cenário. Vê-se que a autonomia da vontade, bem como o princípio bioético, são, portanto, limitados.

4.4 Bioética e autonomia: limitações

Em 2019, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n.º 2.232, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente, abordando o tema de forma vital em seu artigo 5.º, § 2.º, *in verbis*:

Art. 5.º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.
[...]
§ 2.º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Em verdade, Sandra Franco apresenta ideia que vai ao encontro da Resolução, estabelecendo que o limite da autonomia da mãe à autodeterminação é a possibilidade de causar danos ao bebê⁶¹.

Necessário, portanto, que os princípios bioéticos sejam estudados conjuntamente para efetiva determinação dos limites da autonomia. Como visto, o princípio da beneficência corresponde à tomada de decisões pelo médico para assistir às pessoas a partir de seu conhecimento profissional.

Assim, fato é que existem indicações e contraindicações nos modelos de parto. Verifica-se que a determinação é que o parto natural seja substituído pela cesariana, quando, por exemplo, houver desproporção cefalopélvica (inadequação entre o tamanho da cabeça da criança e o canal de parto), a parturiente tiver feito cesárea anterior com incisão longitudinal no

⁶¹ FRANCO, Sandra. Via de parto e autonomia do paciente: discussão pode chegar ao Judiciário. **Gazeta do Povo**, 22 out. 2019. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/via-de-parto-e-autonomia-do-paciente-discussao-pode-chegar-ao-judiciario/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

útero ou ocorrer sofrimento fetal. Esse sofrimento fetal é, basicamente, quando a oxigenação do bebê encontra-se comprometida, o que, caso não for diagnosticado e as condutas devidas não forem tomadas, pode acarretar efeitos irreversíveis.

Isso posto, ainda que a mulher tenha manifestado seu desejo de realizar o parto natural, não seria ético que o médico o fizesse.

Ressalta-se que nenhum direito ou princípio é absoluto e, portanto, os princípios bioéticos devem ser observados pelo mesmo prisma, isto é, eventualmente poderá ocorrer divergência entre a autonomia e a beneficência, além da não maleficência, o que deverá ser analisado caso a caso, tendo em vista as não exaurientes possibilidades de eventos e individualidades dos partos.

Apesar de ainda existirem certas zonas incertas, exatamente por especificidades únicas, a partir da Resolução 2.232/2019 tornou-se devidamente claro que, em caso de a autonomia da vontade da mulher acarretar abuso de direito sobre o feto, há justificada recusa terapêutica pelo médico, consagrando o sopesamento de princípios.

Vale destacar, portanto, que há efetiva conquista das mulheres a partir da estruturação de planos de parto, buscando, assim, reassumir o papel de protagonistas do parto. Por outro lado, o atendimento a suas vontades manifestadas não é direito absoluto, ao passo que circunstâncias previsíveis ou não podem ocorrer, sendo possível haver desconsideração, visando o bem-estar e a sobrevivência da parturiente e do feto.

5 CONCLUSÃO

A atual autonomia da vontade da mulher, portanto, é fruto de uma grande luta de reivindicações realizadas. É possível apontar as mudanças significativas que ocorreram com relação ao entendimento sobre o assunto, como a capacidade da mulher, a partir da transição do Código Civil de 1916 e o de 2002, bem como de Constituições Federais e demais diplomas legais.

Também importante a análise das diretrizes médicas, havendo conceitos de período antes de Cristo que convivem com os elaborados a partir da 2.^a Guerra Mundial, referentes à bioética. Portanto, há efetiva necessidade de entender a medicina a partir desses princípios, realizando juízos sobre quais devem preponderar nos casos concretos. Fato é que esses quatro elementos da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) são alicerces para o entendimento da autonomia da vontade, haja vista o reconhecimento da capacidade de autogovernança e necessidade de garantia do bem-estar do paciente, minimizando os danos.

Além disso, esses preceitos têm relação direta com diversos direitos e deveres que devem ser observados na relação médico-paciente, ao se verificar que é necessário garantir, por exemplo, o direito de informação para que se possa exercer a autodeterminação de forma efetiva. Nesse sentido, com relação ao parto, fato é que a parturiente deve receber as indicações e as contraindicações devidas para que possa expressar suas vontades e desejos por meio do instrumento do plano de parto.

Por outro lado, há de verificar que existem elementos que ferem a autodeterminação da parturiente, como a violência obstétrica, a qual pode tornar o parto um “processo de massa”, considerando a cesariana quase que universal, ainda que a mulher escolha parto natural e não haja contraindicação nesse sentido.

Em verdade, atualmente é observado o fenômeno de buscar formas de garantir a vontade da parturiente, indo ao encontro dos princípios bioéticos e médicos, o que é, de fato, uma grande conquista feminista. Não obstante, as diretrizes de vontade não podem ser consideradas absolutas, principalmente ao se analisarem o bem-estar, a saúde e a vida, tanto da mãe quanto do feto, o que concilia demais princípios, como o da beneficência e da não maleficência. Logo, é necessário que haja ponderação entre os alicerces da medicina, visando à harmonia entre eles.

Enfim, apesar de ser considerado um avanço admirável em comparação aos períodos anteriores, fato é que ainda ocorrem empecilhos para que a autodeterminação seja aperfeiçoada plenamente. Com efeito, o narcisismo médico, as violências obstétricas, que começaram a ser mais fortemente denunciadas e divulgadas atualmente, bem como o machismo são obstáculos para a possibilidade de a parturiente exercer seu direito de autogovernança e, portanto, para o exercício de sua autonomia da vontade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Victor P. dos S. **A medicina nos campos de concentração de Auschwitz**. 2016. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 19. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20861/1/Victor%20Porf%C3%ADrio%20dos%20Santos%20Almeida.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ASSEMBLEIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL EM GENEBRA. **Declaração de Genebra**. Tradução Dr. Miguel Roberto Jorge. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Declarac%C3%A7%C3%A3o-de-Genebra-2017-Tradu%C3%A7%C3%A3o-Dr-Miguel.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação (versão provisória para debate público). [s.d.]. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de C. V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. In: GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson R. **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição Política do Imperio do Brazil, de 25 de março de 1824.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto n.º 21.076, de 24 de fevereiro de 2024.** Código Eleitoral. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d21076.htm#:~:text=Decreto%20o%20C%C3%B3digo%20Eleitoral.&text=Art.,lei%C3%A7%C3%B5es%20federais%2C%20estaduais%20e%20municipais. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto n.º 58.820, de 14 de julho de 1966.** Promulga a Convenção nº 103 sobre proteção à maternidade. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D58820.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto-lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto-lei n.º 229, de 28 de fevereiro de 1967.** Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0229.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 3.071, de 1.º de janeiro de 1916.** Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/L3071.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.071%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%201916.&text=C%C3%B3digo%20Civil%20dos%20Estados%20Unidos%20do%20Brasil.&text=Art.,os%20princ%C3%ADpios%20e%20conven%C3%A7%C3%B5es%20internacionais. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 4.121, de 27 de agosto de 1962.** Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%204.121-1962&OpenDocument. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 6.136, de 7 de novembro de 1974.** Inclui o salário-maternidade entre as prestações da Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6136.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7.º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a

%20remo%C3%A7%C3%A3o%20de, tratamento%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid
%C3%A4ncias.&text=Art., permitida%20na%20forma%20desta%20Lei.. Acesso em: 17
mar. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria n.º 569, de 1.º de junho de 2000.** Ministério da Saúde. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/biblioteca/portaria-gmms-no-569-de-1o-de-junho-de-2000#:~:text=Portaria%20n%C2%BA%20569%2C%20de%201%C2%BA,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde..> Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. REsp n.º 1.848.862/RN, Terceira Turma, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, julgado em 05.04.2022, DJe 08.04.2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencia=2156946&num_registro=201802689219&data=20220408&formato=PDF. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, Agravo em Recurso Especial n.º 2.587.582/SP (2024/0082070-4), 5.ª Turma, Brasília, DF, 27 de agosto de 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_processo=aresp2587582. Acesso em: 2 set. 2024.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 1.931, de 2009.** Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdfv>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 1.995, de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018.** Código de Ética Médica. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=368893>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 2.232, de 17 de julho de 2019.** Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=382445>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.320, de 20 de setembro de 2022.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CIUDAD DE MÉXICO. **Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal.** Disponível em: https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. A Argentina é responsável pela violência obstétrica e morte de Cristina Brítez Arce, que estava grávida no momento do falecimento. 18 jan. 2023. San José, Costa Rica. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_02_2023_port.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Mandela**: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Coordenação Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Congressistas defendem permanência do Juramento de Hipócrates. **Informativos do CREMESP: Memória**, edição 184, dez. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=114>. Acesso em: 22 abr. 2024.

DAMASCENO, Victoria. Seguros de saúde exigem consentimento do marido para inserção do DIU em mulheres casadas. **Folha de S.Paulo**, Equilíbrio e Saúde, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml>. Acesso em: 17 mar. 2024.

DANTAS, Eduardo. **Direito médico**. São Paulo: Juspodivm, 2024.

DIAS, Maria Berenice. A mulher no Código Civil. 23 mar. 2009. Disponível em: <https://berenicedias.com.br/a-mulher-no-codigo-civil/?print=pdf>. Acesso em: 17 mar. 2024.

DINIZ, Carmen S. G.; BATISTA, Luis E.; KALCKMANN, Suzana; SCHLITZ, Arthur O. C.; QUEIROZ, Marcel R.; CARVALHO, Priscila C. de A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cdK3mWB5JJMSFbFPx3bC3nv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2024.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**: teoria geral do direito civil. 41. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2024. v. 1.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Juspodivm, 2024.

EMERJ – ESCOLA DE MAGISTRATURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia. “Se ficar gritando, vai ter filho sozinha”: a violência obstétrica à luz do direito brasileiro e do sistema interamericano de proteção de direitos humanos. **Relatório de Pesquisa NUPEGRE**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 1-214, 2024. Disponível em: <https://emerj.tjrj.jus.br/pagina/8/136/282>. Acesso em: 22 jul. 2024.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019. Disponível em: http://coletivosycorax.org/wp-content/uploads/2019/09/CALIBA_E_A_BRUXA_WEB-1.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

FRANCO, Sandra. Via de parto e autonomia do paciente: discussão pode chegar ao Judiciário. **Gazeta do Povo**, 22 out. 2019. Disponível em:

<https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaao/artigos/via-de-parto-e-autonomia-do-paciente-discussao-pode-chegar-ao-judiciario/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

GARCIA, José R. Bioética: princípios fundamentais e alternativos. **Revista de Estudos Universitários – REU**, Sorocaba, v. 33, n. 2, p. 45-59, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/reu/article/view/1489>. Acesso em: 22 abr. 2024.

GEISEL, Ernesto. Entrevista à imprensa, no salão Las Fuentes do Hotel El Presidente Chapultepec. Biblioteca da Presidência da República, p. 56, 18 jan. 1978. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/ernesto-geisel/discursos/1978/11.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

GRISSE, Thomas; APPELBAUM, Paul S. **Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals**. New York: Oxford University Press, 1998. p. 5. Disponível em:

<https://books.google.je/books?id=krckyCidSugC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 22 abr. 2024.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 99-105, maio/ago. 2004.

KFOURI NETO, Miguel. **Direito do paciente e responsabilidade civil médico-hospital: (re) definição conceitual**. 2005. Monografia (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LIMA, Rita. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres**. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/DP_Cartilha_Direito_Sexuais_e_Reprodutivos_das_Mulheres_1+%281%29.pdf/fe1054d3-a30c-35a9-ad54-f8de3bcac462?t=1695835676292. Acesso em: 7 abr. 2024.

LOTHIAN, Judith. Birth plans: the good, the bad, and the future. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 35, n. 2, p. 295-303, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515343513>. Acesso em: 28 jul. 2024.

MARQUES, Silvia B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 23 jul. 2024.

OLIVEIRA, Amanda M.; BASTOS, Rodolpho A. S. M. A família de ontem, a família de hoje: considerações sobre o papel da mulher no direito de família brasileiro. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 17, n. 1, p. 235-262, 2017.

OLIVEIRA, Jorge R. F. de. O direito como meio de controle social ou como instrumento de mudança social? **Revista de Informação Legislativa**, v. 34, n. 136, p. 377-381, 1997.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS: mulheres e recém-nascidos precisam de tratamento de qualidade no período pós-parto. **ONU News**, 31 mar. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784692>. Acesso em: 14 jul. 2024.

PANTAROTTO, Magda A. M.; RUEDA JUNIOR, Edson J.; OLIVEIRA, José S. de. Planejamento familiar: um novo olhar acerca da formação da prole e garantia da formação de personalidade condizente com o convívio em sociedade. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, n. 10, p. 597-618, 11 out. 2022.

PATRIOTA, Tania. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Plataforma de Cairo, p. 43, 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PAULO VI, Papa. **Carta Encíclica Casti Connubii**. 1930, p. 7-8. Disponível em: https://www.vatican.va/content/paul-vi/pt/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil: introdução ao direito civil: teoria geral de direito civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2024. v. I.

RECKZIEGEL, Janaína; FABRO, Roni E. Autonomia da vontade e autonomia privada no sistema jurídico brasileiro. **Revista de Direito Brasileira**, v. 8, n. 4, p. 161-177, 2015.

REPÚBLICA ARGENTINA. **Ley n.º 26.485**. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA. **Ley n.º 38.668**. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

REZENDE, Joffre M. de. O Juramento de Hipócrates. In: REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [on-line]**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 31-48. (História da Medicina series, v. 2.) Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0004>. Acesso em: 22 abr. 2024.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha; LIRA, Samira Valentim Gama; MAGALHÃES, Poliana Hilário; FREITAS, Ana Luiza V.; MITROS, Verônica Maria da Silva; ALMEIDA, Paulo César. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod Clim.**, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23360/1/2017_art_facrodrigues.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

ROMÃO, Gustavo S.; COELHO, Raquel A.; BRITO, Milena B.; BARCELOS, Ionara D. E. S.; SÁ, Marcos F. S. de. Profissionalismo na residência médica. **Feminina**, v. 47, n. 7, p. 413-8, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046531/femina-2019-477-413-418.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Meu plano de parto: plano de parto – RRAS 3**. Franco da Rocha. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/2023/morte->

materna/plano_de_parto_regional_rras_3_-_franco_da_rocha_1_versao_2023.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

SODRÉ, Catarina R.; BUFARAH, Mariana H. Direito à autodeterminação e a problemática do narcisismo na responsabilidade civil do médico. *In*: LOUREIRO, Claudia; DINIZ, Maria H. **Biodireito e direitos da personalidade**: questões polêmicas. Londrina: Thoth, 2023.

SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María E. Use and influence of Delivery and Birth Plans

in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, may/jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 22 jul. 2024.

TJRJ, Apelação Cível n.º 0024323-86.2008.8.19.0001, 3.ª Câmara de Direito Público (antiga 6.ª Câmara Cível), Des. Teresa de Andrade Castro Neves, j. 09.11.2011.

VENDRAMI, Camila L. *et al.* **Cessão temporária de útero**: aspectos éticos e ordenamento jurídico vigente. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n6/a1515.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 513-523, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health & Research, Geneva. **Care in Normal Birth**: a practical guide. 1996. Disponível em: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?_gl=1*b2grix*_ga*MTA1NzMyNDM2Ny4xNzIxNjkxNDIw*_ga_Q1D7CRPVC5*MTcyMTY5MTQyMC4xLjAuMTcyMTY5MTQyMC4wLjAuMA... Acesso em: 22 jul. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 jul. 2024.

Referências complementares

ALBA, Juan F. D.; IOCOHAMA, Celso H.; MONTESCHIO, Horácio. Uma análise da indisponibilidade dos direitos da personalidade no direito contemporâneo: uma análise da disponibilidade de direitos de personalidade. **Revista Relações Internacionais no Mundo Atual**, Curitiba, v. 4, n. 25, p. 154-170. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21902/Revrima.v4i25.3939>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ALMEIDA, Gabriela R.; SANTOS, Anna G. R. dos; GOMES, Leticia F. L.; SILVA, Larissa C.; OLIVEIRA, Maria A. S. de. Violência obstétrica e a autonomia da mulher durante o período gravídico e puerperal. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], p. 88-95, 2023. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/remsa/article/view/3652>. Acesso em: 30 jul. 2024.

ARAÚJO, Fabrício R.; MELLO, Roberta S. V. de; MAIRINK, Carlos H. P. Gestação de substituição: aspectos legais e sociais. **Libertas Direito**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 1-41, jan./jul. 2022.

BELTRÃO, Silvio R. Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 98-116, 2016.

BRANCO, Gerson Luiz Carlos. Autodeterminação e limitação negocial aos direitos da personalidade. **Revista Brasileira de Direito Comparado**, n. 44/45, p. 239-260, jan./jun. 2013. Disponível em: [http://www.idclb.com.br/revistas/44%20e%2045/revista44e45%20\(13\).pdf](http://www.idclb.com.br/revistas/44%20e%2045/revista44e45%20(13).pdf). Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRENER, Pedro Z.; LICHTENSTEIN, Arnaldo. Juramento de Hipócrates: análise crítica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 516-524, jul./set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/hs97HyDW3bhdfjS8vD73tK/?format=pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRONZATTO, Luísa Tiago. **A garantia da proteção à maternidade e à infância perante o ordenamento jurídico brasileiro**. 2023. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/bitstream/handle/36329/1/LU%c3%8dSA%20TIAGO%20BRONZATTO%20-%20TCC.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2024.

BRUM, Amanda N.; LEITE, Silvia G. T. A relação médico-paciente: um diálogo a partir da humanização do cuidado. **Semana Acadêmica, Revista Científica**, v. 1, ed. 88, 2016. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigoa_relacao_medicipacienteum_dialogo_a_partir_da_humanizacao_do_cuidadoamandabrumesilvialeite.pdf. Acesso em: 23 abr. 2024.

BRUNS, Rafael. A delicada balança da Manobra de Kristeller na sala de parto, 9 fev. 2024. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/a-delicada-balanca-da-manobra-de-kristeller-na-sala-de-parto/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia L. e S. A relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4DbnYJBFqM3XV5N5px9jL5C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2024.

CHRISTIAN, Hérica. Senado acaba com autorização obrigatória do cônjuge para laqueadura. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/08/10/senado-acaba-com-autorizacao-obrigatoria-do-conjuge-para-laqueadura>. Acesso em: 18 mar. 2024.

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de ética em ginecologia e obstetrícia**. Princípios bioéticos. A autonomia, não-

maleficência, beneficência, justiça e equidade. Disponível em:

http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53. Acesso em: 22 abr. 2024.

CRM-DF – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DOS DISTRITO FEDERAL.

Direitos dos médicos estão entre os principais temas abordados no novo CEM. **CRM-DF**, 2 de maio 2019. Disponível em: <https://crmdf.org.br/noticias/direitos-dos-medicos-estao-entre-os-principais-temas-abordados-no-novo-cem/>. Acesso em: 23 de abril abr. 2024.

DANTAS, Ivo; ARAUJO, Ionnara V. D. Dignidade da pessoa humana e bioética. **Revista da Faculdade de Direito da UFG**, Goiânia, v. 32, n. 2, p. 85-97, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revfd/article/view/12141>. Acesso em: 18 mar. 2024.

GALVÃO & SILVA ADVOCACIA. Erro médico e responsabilidade civil, 6 out. 2023.

Disponível em: <https://www.galvaesilva.com/erro-medico-e-responsabilidade-civil/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

LIMA, Geovana A. F. de; LOPES, Maria Clara A. Violência obstétrica: riscos do uso da Manobra de Kristeller durante o parto. Disponível em:

https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676#:~:text=A%20Manobra%20de%20Kristeller%2C%20que,que%20pode%20causar%20les%C3%B5es%20graves. Acesso em: 23 jul. 2024.

LOPES, C. A. C.; SANTOS, L. H. L. dos; OTERO, C. S. O controle da disponibilidade do direito personalíssimo ao corpo da gestatriz no contrato de gestação de substituição. **XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriú – SC**, Biodireito e direitos dos animais. 19 de novembro de 2022, p. 66-87.

MADEIRA, Francisca M. F. Contexto histórico do papel da mulher à luz do Código Civil de 1916 e do Novo Código Civil de 2002 e como surgiu o cenário da violência contra a mulher no Brasil e no mundo. **Jus Navigandi**, 18 fev. 2022. Disponível em:

<https://jus.com.br/artigos/96506/contexto-historico-do-papel-da-mulher-a-luz-do-codigo-civil-de-1916-e-do-novo-codigo-civil-de-2002-e-como-surgiu-o-cenario-da-violencia-contr-a-mulher-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em: 18 mar. 2024.

MASCARENHAS, Igor. CNJ decreta o fim da expressão “erro médico” como classificação dos temas processuais. **Portal Migalhas**, 12 mar. 2024. Disponível em:

<https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/403178/fim-do-termo-erro-medico-como-classificacao-dos-temas-processuais>. Acesso em: 22 abr. 2024.

MEDCOF. Hipócrates: o pai da medicina ocidental. **Blog MEDCOF**, 5 maio 2022.

Disponível em: <https://grupomedcof.com.br/blog/hipocrates-pai-da-medicina/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

MELO, Mariana Trombela de. **A proteção à maternidade no direito do trabalho**: história, legislação e jurisprudência. 2012. Monografia (Especialista em Direito do Trabalho) –

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:

<https://repositorio.pucsp.br/jspui/bitstream/handle/34994/1/MARIANA%20TROMBELA%20DE%20MELO.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MENEZES, Tula R. F. de. **Erro médico e iatrogenia: causa de exclusão da responsabilidade médica?** 2010. Monografia (Pós-Graduação) – Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/2semestre2010/trabalhos_22010/tulamenezes.pdf. Acesso em: 17 mar. 2024.

MINOSSI, José G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 36, n. 1, p. 90-95, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/dphXmXMMJkjqGQt4JkqYdTB/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 abr. 2024.

MOYSÉS, Helena Carvalho. O direito à concepção derivado do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito de ser feliz. **Direito Civil: Comentário à Jurisprudência**, v. 11, n. 8, p. 246-254, jan./jun. 2012. Disponível em:

https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/51389/direito_concepcao_derivado_moyses.pdf.

Acesso em: 30 jun. 2024.

NAVOLAR, Ana Lúcia M. B.; MARQUESI, Roberto W. Os fins podem justificar os meios? Um estudo axiológico da impossibilidade da cessão onerosa de útero no Brasil. **VI Encontro Virtual do CONPEDI**, Direito da Família e das Sucessões I, p. 42-59, 2023.

NOSÉ, Victor M. **Bioética**: aplicação da teoria do consentimento informado e a responsabilidade civil e ética do médico em pesquisas envolvendo seres humanos. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em:

<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/23011/2/Victor%20Menon%20Nos%c3%a9.pdf>.

Acesso em: 23 jul. 2024.

PALMA, Homero de A. Autonomia dos pacientes. **CFM**, 19 jul. 2019. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/artigos/autonomia-dos-pacientes/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

RAMALHO, Rossana L. de L.; BERQUÓ, Laura. T. A. P. P. A mulher nas constituições brasileiras: estudo histórico das árduas conquistas femininas nas constituições do Brasil.

Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, ano 07, v. 7, ed. 12, p. 125-147, dez. 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/constituicoes-brasileiras>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/constituicoes-brasileiras.

Acesso em: 30 jun. 2024.

RODRIGUES, Milene S. Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AQCL2R/1/milene_silva_rodrigues.pdf.

Acesso em: 22 jul. 2024.

SARMENTO, Daniel. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada.

Boletim Científico ESMPU, n. 14, 2005. Disponível em:

<https://escola.mpu.mp.br/publicacoescientificas/index.php/boletim/article/view/179>. Acesso em: 18 mar. 2024.

SILVA, Adaiele L. N. V. da; NEVES, Adriele B. das; SGARBI, Aniandra K. G.; SOUZA, Rosely A. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a

assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 144-151,

2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SILVA, Delmo M. da; SERRA, Maiane C. de M. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017.

Disponível em:

<https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586/pdf>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SILVA, Luis V. A. da. **A constitucionalização do direito**: os direitos fundamentais nas relações entre particulares. São Paulo: Malheiros, 2005.

TRAPP, Rogério V. A autonomia da vontade em Kant. **Griot: Revista de Filosofia**, v. 19, n. 3, p. 197-210, 2019.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Planejamento familiar no Brasil**: 50 anos de história. Brasília, 11 jul. 2008. Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

VELASQUEZ, Tomlyta L.; SOUZA, Paulo V. S. de. Bioética e direito: uma análise dos princípios bioéticos aplicados ao direito. **Revista de Filosofia da PUCRS**, v. 65, n. 2, p. 1-10, maio/ago. 2020. Disponível em:

https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/20048/2/Biotica_e_direito_uma_anlise_do_s_principios_bioticos_aplicados_ao_biodireito.pdf. Acesso em: 23 abr. 2024.

VIEIRA, Hugo O. T. As Ordenações Filipinas: o DNA do Brasil. **Revista dos Tribunais**, v. 958, ago. 2015.

XAVIER, Marcelo S.; MIZIARA, Carmen S. M. G.; MIZIARA, Ivan D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 26, 2014.