CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

CINTIANE CARDOSO GONÇALVES ALVES

DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DA GESTANTE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GOIÂNIA
JUNHO DE 2022

CINTIANE CARDOSO GONÇALVES ALVES

DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DA GESTANTE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Direito do Centro Universitário Alves Faria, sob orientação do Prof. Me. Jonathan Augusto Sousa e Silva como requisito para a conclusão do Curso de Direito.

Orientador: Prof. Me. Jonathan Augusto Sousa e Silva

GOIÂNIA

JUNHO DE 2022

CINTIANE CARDOSO GONÇALVES ALVES

DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DA GESTANTE NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta monografia foi analisada e julgada adequada para obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovado em sua forma final pelo Orientador e Banca Examinadora designada pelo Curso de Direito do Centro Universitário Alves Faria.

_____

Prof. Me. Jonathan Augusto Sousa e Silva – UNIALFA

(Orientador)

Aprovado em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador Me. Jonathan Augusto Sousa e Silva UNIALFA_____

Prof. Leitor Dr. Fulano de Tal – Instituição de origem _____

Prof. Leitor Dr. Fulano de Tal – Instituição de origem _____

GOIÂNIA

JUNHO DE 2022

Aos meus pais, Maria e Hilton

Ao meu esposo Douglas Alves

A minha filha Ticiane Charlote

Aos meus irmãos, Auzinete, Adailton, Antônio e Maria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me *dar forças e sabedoria para realizar esta pesquisa.*

Ao meu esposo, Douglas Alves que sempre me apoiou incondicionalmente durante esses 5 anos.

Ao meu professor orientador, Me. Jonathan Augusto pelos ensinamentos, pela paciência, pelo incentivo.

A minha amiga, Ana Paula que esteve comigo durante esta jornada.

A todos os professores, que contribuíram para meu aprendizado no decorrer do curso.

“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre”

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

ALVES, Cintiane Cardoso Gonçalves. **Direito à autodeterminação da gestante nos atendimentos realizados pelo sistema único de saúde**. Monografia, 2022. 52 f. Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Goiânia, 2022.

Este trabalho aborda o direito à autodeterminação da gestante nos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Procura-se identificar se a recusa terapêutica da gestante não guarda respaldo no ordenamento jurídico brasileiro. Para isso, levantou-se o seguinte questionamento: quais são os limites da recusa terapêutica manifestada pela gestante? Os estudos procuram compreender até que ponto a interferência do dever profissional do médico é admissível no direito da paciente gestante em decidir sobre qual prática a ser adotada ou recusada no seu tratamento terapêutico. Aborda-se no primeiro capitulo o direito à saúde pública, no segundo os princípios da bioética e no terceiro o direito à autodeterminação da paciente. Logo, este trabalho é justificado pela relevância do assunto, tanto para as gestantes como para as políticas públicas de assistência à saúde da gestante, embasando-se nas normas jurídicas brasileiras mediante uma metodologia qualitativa e técnica de pesquisa documental e bibliográfica, visando um melhor atendimento das pacientes gestantes do SUS, em sequência conhecer mais profundamente seus direitos e as suas limitações na escolha terapêutica. Espera-se concluir com o desenvolvimento do trabalho, se a autodeterminação da gestante deve ou não ser analisada sob a óptica mãe/feto.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Autonomia. Grávida. Princípios da Bioética.

ABSTRACT

ALVES, Cintiane Cardoso Gonçalves. **Pregnant woman's right to self-determination in the care provided by the unified health system of Brazil**. Monograph, 2022. 10 f. Law Graduation Course at Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Goiânia, 2022.

This work addresses the pregnant woman's right to self-determination in care provided by the Unified Health System (SUS). It shows whether the pregnant woman's therapeutic refusal is not supported by Brazilian law. The following questions were asked: what are the limits of the therapeutic refusal manifested by the pregnant woman? The studies will try to show the limit of the physician's interference in the pregnant patient's right to decide which methodology will be adopted or refused in her therapeutic treatment. The first chapter addresses the right to public health, the second the principles of bioethics and the third the patient's right to self-determination. Therefore, this work is justified by subject's relevance, both for pregnant women and for public health care policies for pregnant women, based on Brazilian laws under a qualitative and technical methodology of documentary and bibliographic research, contributing to the improvement of public service of Brazilian pregnant women, subsequently to know more about their rights and limitations in the therapeutic choice. The expectation is, with the development of the work, whether the pregnant woman's self-determination should or not be analyzed from the mother/fetus perspective.

KEYWORDS: Right to Health. Autonomy. Pregnant. Principles of Bioethics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

APS - Atenção Primária à Saúde

BO - Boletim de Ocorrência

CF - Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PL - Projeto de Lei

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **11**
1DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE PÚBLICA **14**
1.1 Direito à saúde no Sistema Único de Saúde 17
1.2 Direito à Saúde Pública da gestante 20
2 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA **24**
2.1 Análise do princípio da autonomia versus o princípio da beneficência 26
2.2 Paternalismo médico e o princípio da justiça 29
3 LIMITES DA RECUSA TERAPEUTICA MANIFESTADO PELA GESTANTE **33**
3.1 Direito à autodeterminação da gestante 37
3.2 Análise jurisprudencial acerca da recusa terapêutica manifestada pela gestante. 38
CONSIDERAÇÕES FINAIS **41**
REFERÊNCIAS **43**

INTRODUÇÃO

Este trabalho traz como tema o direito à autodeterminação da gestante nos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O direito da mulher sobre seu próprio corpo tem sido motivo de discussão aos longos dos anos, pois a autodeterminação da mulher na gestação é um tema polêmico, devido às análises que são feitas em torno da mãe e em prol do feto, por diversos motivos e quase sempre sem sua participação (CANUTO, 2013, p. 2). Os riscos e os benefícios para cada tratamento da gestante são avaliados pelo médico, que tem o dever de agir em prol do paciente, devido ao juramento que faz de ajudar seus pacientes (SOARES; PIÑEIRO, 2006, p. 32).

Biologicamente falando, autodeterminação do paciente pode ser compreendida como consentimento livre e esclarecido (SÁ; NAVES, 2021, p. 65). Discute se no caso da gestante pode haver exceção relacionada ao direito à autodeterminação, liberdade de escolha, ou se ela se equipara a todos os demais pacientes, uma vez que é apta para tomar suas próprias decisões terapêuticas. Liberdade pode ser entendida como autonomia para aplicar suas próprias leis (BARROSO, 2010, p. 156).

O problema jurídico enfrentado por essa pesquisa é: quais são os limites da recusa terapêutica manifestada pela gestante? O Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução 2232/2019 no Art. 2° assegura a recusa terapêutica ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente (CFM, 2019). No entanto, o artigo 5° paragrafo 2° da referida resolução estabelece limitações para recursa terapêutica da gestante. Em 2020 esse artigo foi suspenso, em parte, que dizem respeito à recusa terapêutica por parte das gestantes, conforme decisão judicial do TRF da 3° Região São Paulo (SÃO PAULO, 2020).

O Código Civil e a Carta dos Direitos do usuário da saúde defendem a autonomia da paciente, já para o Código Penal e o Código de Ética Médica a autonomia depende da gravidade da doença, esses consideram o risco de morte antes da vontade da paciente (BEZERRA; CESAR; LARA, 2015, [n.p]). A Constituição Federal de 1988 no art. 1° *caput* III estabelece “a dignidade da pessoa humana” como princípio fundamental (BRASIL, 1988, art. 1°). Discute se essa limitação imposta à gestante não está de encontro com a dignidade humana da pessoa em sua condição.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os limites da recusa terapêutica manifestada pela gestante. Já os objetivos específicos são: Apontar os principais Direitos da Mulher gestante à saúde pública; discutir os princípios da bioética e identificar os limites da recusa

terapêutica manifestado pela gestante. Levantando a seguinte hipótese: a recusa terapêutica da gestante não guarda respaldo no ordenamento jurídico brasileiro.

Justifica-se este trabalho pela relevância do assunto, tanto para gestantes como para as politicas públicas de assistência à saúde da gestante. A proposta do tema em questão é buscar uma resposta para esclarecer e tornar mais viável as informações relacionadas aos limites da recusa terapêutica da gestante para que assim, ela possa ter autonomia na sua escolha terapêutica sem medo de expor suas vontades em relação a melhor forma de gestar. O direito à autodeterminação é fundamental para o indivíduo se tornar autônomo e livre, sendo ele garantidor da sua integridade, seja ela, física, jurídica ou pessoal, formadora de personalidade livre sem imposição (CANOTILHO; MOREITA, 2014, p. 463).

Deve ser considerado que as informações acerca da limitação ou da autonomia da gestante nos tratamentos terapêuticos são de suma importância social e econômica, pois há na gestação dificuldades que necessitam de cuidados especiais. A gestante deve ter informações por parte do médico para decidir de forma consciente o tratamento que desejar, sendo respeitada e ouvida, para formar uma relação de confiança entre o médico e a paciente (ANDRADE; CARMINATE, 2020, p. 245).

Para tanto, o estudo constitui-se de três capítulos. O primeiro versa sobre o direito à saúde pública da pessoa da gestante, abordando esse direito na Constituição Federal de 1988 e o direito à saúde da gestante na Legislação do Sistema Único de Saúde. No segundo capítulo discorre sobre os princípios da bioética, analisando o Princípio da Autonomia versus o Princípio da Beneficência, Paternalismo Médico e o Princípio da Justiça. O terceiro traz os limites da recusa terapêutica manifestada pela gestante, o direito à autodeterminação da paciente com intuito de fazer uma análise jurisprudencial acerca desta recusa por parte da paciente gestante.

Dessa forma, essa pesquisa tornou-se qualitativa, pois, fez uma análise do direito à autodeterminação da gestante, com foco em saber quais os limites da recursa terapêutica manifestada por ela, pois, a pesquisa qualitativa é a que busca confrontar a demasiada formalização, mostrando a qualidade de forma extensa, sendo uma forma de tratar a realidade do ponto de vista da ciência (DEMO, 2000, p. 29).

Utiliza-se ainda do método dedutivo, no qual parte-se da autodeterminação dos pacientes em geral até chegar ao proposito da pesquisa, que é são os limites à autodeterminação da gestante manifestado na recusa terapêutica no Sistema Único de Saúde. O método dedutivo é o que parte do geral para particular. “Parte de princípios reconhecidos

como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica" (GIL, 2008, p. 9).

A técnica utilizada é análise documental e bibliográfica de revistas e artigos, por meio das plataformas Capes, Google Acadêmico, leis no site do planalto, jurisprudências e doutrinas relacionados ao tema, visto que, a pesquisa bibliográfica faz um levantamento dos trabalhos já realizados que fornecem dados atuais acerca do tema (LARKATOS; MARCONI, 2003, p. 158).

A pesquisa não pretende esgotar nenhuma das nuances do tema, mas busca levantar questões a respeito do direito à autodeterminação da gestante discutindo sobre os limites da recusa terapêutica manifestada por ela, deseja-se contribuir com o acervo de ideias de pesquisadores.

1 DIREITO CONSTITUICIONAL À SAÚDE PÚBLICA

Para compreender o direito à saúde é necessário considerar o direito no seu aspecto subjetivo, tendo em vista que cada ser humano possui direitos inerentes a si, conforme o art. 2º do Código Civil Brasileiro, *caput:* "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro" (BRASIL, 2002). Ou seja, mesmo que tal vida ainda não possua personalidade jurídica, esse embrião já possui alguns direitos, como direito à vida, à saúde, no sentido de perfeito bem estar, surge do crescimento e evolução do ser humano em sociedade, considerando o direito como conjunto de normas que regulamentam o comportamento do ser humano em sociedade, a partir de limitações para vida social e desse modo a saúde contém questões coletivas e individuais (DALLARI, 1988, p. 59).

O conceito de saúde evoluiu na medida em que as doenças começaram a ser acompanhadas pelas coletas de dados. Levando-se em consideração que o conceito de doença, por muito tempo foi considerado como uma resposta divina de Deus diante dos pecados dos seres humanos. Para alguns, a doença não seria causada por demônios, mas pelos pecados. Já na Grécia antiga, Hipócrates, considerado o "pai da medicina", deixou claro em seu complexo de escritos que posteriormente formariam o *Corpus Hipocraticus*, traduzido no livro "Textos Hipocráticos – o doente, o médico e a doença" por Henrique F. Cairus e Wilson A. Ribeiro Jr. que "a doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana" (CAIRUS; RIBEIRO, 2005, p.61).

A saúde pode ser conceituada de diversas formas, sob perspectivas diferentes, numa construção social e histórica, vai desde a concepção religiosa, passando pela concepção de ausência de doença, até chegar à mais abrangente adotada pela Organização Mundial de Saúde (REZENDE, 2010, p. 222). No preâmbulo de sua Constituição, a Organização Mundial de Saúde (1946), conceitua: "Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1946, p.22). Saúde pode ser entendida não só como "ausência de doença", mas também como o "equilíbrio" da vida social do indivíduo (AITH, 2007, p. 46).

A introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil surgiu da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte, fruto da participação popular na definição de objetivos constitucional, foi uma inovação constitucional (DALLARI, 2008, p. 11). A Constituição da República Federativa do

Brasil dispõe que saúde, não se limita à ausência de doenças, exige a realização de políticas públicas que tenham como finalidade “a redução do risco de doença e de outros agravos” e o “acesso universal igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988). O direito a saúde é coletivo de acesso universal e igualitário para todos, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, não só no tratamento de doenças, mas em medidas que reduzam os riscos delas (NUNES, 2021 [n p]).

As disposições constitucionais que tratam do direito à saúde não se encontram abrangidas em um único título ou capítulo da Constituição, embora o tema tenha uma específica seção dentro do capítulo que trata da Seguridade Social, encontram-se os dispositivos referente à temática, espalhados pela Constituição Federal (CARNEIRO, 2015, p. 35). No art. 1º, inciso III, da Constituição Federal se inicia a proteção constitucional do direito à saúde, que deriva do direito à vida com a dignidade da pessoa humana como fundamento da CF/88, que, é complementado pelo inciso IV do art. 3º o qual constitui como objetivo da República Federativa do Brasil a promoção do bem de todos. No art. 5º há a inviolabilidade do direito à vida e no art. 6º, o direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais (BRASIL, 1988).

A participação dos entes federativos diz respeito às competências comuns e concorrentes. O art. 23, inciso II, relata que o dever de cuidar da saúde e da assistência pública é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, enquanto o art. 24, inciso XII, delimita a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (BRASIL, 1988).

Uma das grandes inovações introduzidas a partir da CF/88 foi o reconhecimento do caráter universal do direito à saúde, estendendo a todos as prestações e serviços públicos de saúde, não mais se restringindo àqueles indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho (BARROSO, 2010, p.14). Pelo Princípio da Universalidade, consagrado no art. 196, não há como negar que o direito deva ser estendido também aos estrangeiros que não residam no país, mas, que estejam em território brasileiro. Esses não podem ser impedidos de acessar os serviços públicos de saúde caso dele necessitem (SARLET, 2002, p. 9).

A união dos princípios da universalidade e da igualdade dão espaço à equidade, na qual devem ser reconhecidas as desigualdades, mortalidade e incidência de doenças entre os diferentes grupos sociais, para focar as ações de saúde nos indivíduos que mais necessitam, sem que isso represente afronta à igualdade preconizada no art. 5º da CF (SERRANO, 2009, p. 76). O sentido de integralidade que é expresso no texto constitucional estabelece que o SUS deve se pautar pelo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo das atividades assistenciais, já que as preventivas evitam sofrimento e assistências se fazem de diante da manifestação de sofrimento, expressa um conjunto de valores que pauta as práticas de saúde com qualidade (MATTOS, 2009, p. 778).

O Princípio da Unidade articula todos os serviços relacionado à saúde de forma ordenada para se obter otimização dos recursos sociais, em todos os níveis da federação, para evitar sobreposição de estruturas, que permite ao indivíduo recorrer, na falta de serviços de sua localidade, nas localidades vizinhas e proíbe que o paciente recorra ao sistema público exclusivamente para obter tratamento prescritos por médico particular (SOUZA, 2013, p. 209-2010). O Princípio da Descentralização é organizativo do SUS, entendido como uma redistribuição de responsabilidades e recursos entre as três esferas de governo, sendo que o Município é o principal responsável na garantia da saúde da população, somente podendo ser atribuídos aos Estados e à União os serviços que os Municípios não possam prestar, ou que tenham uma dimensão regional e nacional (SOUZA, 2013, p. 213).

O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano fundamental à preservação da vida e dignidade humana. Pode-se dizer que, nesse aspecto, há absoluta concordância entre o direito vigente, nas leis internacionais e nacionais, e a moralidade comum. Por isso, crê-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas; todavia, "ao contrário, é terrivelmente complicado [pois] o consenso geral quanto [aos direitos humanos] induz a crer que tenham um valor absoluto", que de fato não tem (BOBBIO, 1992, p. 4). A saúde na CF/88 é reconhecida como Direito Social, e direitos fundamentais da pessoa humana. Pode-se observar que ela tem relevância também nos demais títulos da Constituição Federal, entre eles o art. 193 que reconhece o bem-estar como parte da ordem social; e nos seguintes, é abordada a temática da seguridade social, entendido como um conjunto integrado de ações e iniciativas, dos poderes públicos e da sociedade, para assegurar a efetivação dos direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (VIERO, 2017, p.4).

O direito à saúde tem uma dimensão negativa (direito de defesa), em função da qual o Estado deve se abster de criar obstáculos ao seu exercício, sendo-lhe vedado, por exemplo, editar uma lei que exclua o acesso de determinados cidadãos a um serviço público criado para dar concretude a esse direito, o que estabeleceria uma discriminação injustificada (SARLET, 2002, p. 10). Uma vez que Constituição define um direito fundamental, como o direito à saúde, ele se torna exigível, inclusive mediante ação judicial. Pode ocorrer de um direito fundamental precisar ser ponderado com outros fundamentais ou princípios constitucionais,

situação em que deverá ser aplicado, levando-se em conta os limites fáticos e jurídicos, preservando o seu núcleo essencial. (BARROSO, 2010, p. 12).

A eficácia e implementação do direito a saúde está sendo fortalecido no decorrer dos anos devido à participação popular em sua construção e estruturação como um sistema de saúde, que tem sua garantia vinculada às políticas socias e econômicas, envolvendo a participação da comunidade (DALLARI, 2008, p. 11). Além do mais, o direito a saúde não pode ser restringido no sistema jurídico brasileiro, já que possui "aplicabilidade plena e imediata", e não permite que este direito seja reduzido, pois, isto afrontaria diretamente a Constituição Federal. Quando o Estado não cumpre com esta disposição existe a necessidade da tutela jurisdicional para que este direito seja eficaz e concretize o acesso à saúde, preventivo e curativo, para isto existe a necessidade de políticas públicas, pois, o direito à saúde é positivado (OLIVEIRA; COSTA, 2013, p. 84).

1.1 Direito à saúde no Sistema Único de Saúde

A criação constitucional do Sistema Único de Saúde é uma conquista dos movimentos sociais de apoio à Reforma Sanitária, que comoveram um grupo de parlamentares membros da Assembleia Nacional Constituinte com a demonstração pontual da inadequação do sistema de saúde então vigente, que não conseguia enfrentar problemas de saúde como, doenças de diversos tipos, baixa cobertura assistencial da população, ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001, p.33).

Assim o SUS foi criado para utilizar os meios adequados para a efetivação dos cuidados, como: atendimento médico, exames, internação, tratamento, dispondo de tipos diferentes para atenção básica, média e alta complexidade, respeitando a individualidade de cada um, mas para garantir a saúde é preciso muito mais que acesso a serviços. É preciso dispor de políticas que facilitem aos indivíduos um bem estar social e econômico (VIERA, 2008, p. 367).

Antes da criação do SUS, as ações e serviços de saúde eram divididos entre o Ministério da Saúde, responsável por ações preventivas, e Ministério da Previdência e Assistência Social responsável pela assistência médica, de caráter curativo assegurada somente aos trabalhadores contribuintes da previdência. A partir da Constituição de 1988 houve a expansão e fortalecimento do setor público, bem como a separação da saúde da previdência social, com o SUS, os serviços e ações de saúde passaram a ser organizados em

uma rede única, de acesso universal, isto é, a utilização dos serviços da rede independe de contribuição para o sistema (SOUZA, 2013, p. 207).

Este direito pode se efetivar por meio da criação e implementação de políticas públicas para assim garantir um mínimo existencial (OLIVEIRA, 2013, p. 84). Dentre as políticas criadas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria n°. 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que estabelece o Programa de Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para mudar o modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 2011). O PSF criado em 1994 como parte do processo de reforma do setor saúde no Brasil, passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser configurado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para organizar a atenção, por meio da promoção e reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010, p. 01).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 a CF/88, dispõe que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, dessa forma, estabeleceu-se o Sistema Único de Saúde, resultado de política social e universalista, que tem a Constituição Federal e as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 1988).

O SUS tem as suas principais atribuições previstas no art. 200 da CF/ 88, que vão desde "controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde" até "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho" (BRASIL, 1988). As suas atribuições têm como objetivo a promoção, eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, proteção, prevenir riscos e exposições a doenças, e recuperação, atuar sobre o dano da saúde já existente, para alcançar essas metas o SUS, por meio de sua direção em cada esfera governamental, secretários de saúde, estaduais e municipais, e ministro da saúde, deverá promover as políticas públicas necessárias, com determinada autonomia, até para destinar recursos a programas de saúde específicos (DALLARI, 2008, p. 22).

Segundo o artigo 4º da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o Sistema Único de Saúde compreende ao "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1990). Ainda, inclui nesse rol "as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde" (BRASIL, 1990).

Dessa forma, diz o § 1º do artigo 2º da Lei n.º 8080/1990 "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade." (BRASIL, 1990). Percebe-se então que os objetivos do Sistema Único de Saúde são voltados a assegurar qualquer risco à saúde do indivíduo, portanto, exercer-se-á atividade preventiva, bem como determina o artigo 6º da referida lei, quando institui como atribuição ao SUS a vigilância sanitária, no tocante ao controle de proliferação epidemiológica (BRASIL, 1990).

A defesa do SUS constitucional e do SUS proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) indica alternativas contrárias à segmentação e do sistema de saúde brasileiro. O SUS realmente existente, com todas as suas dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos nessas últimas décadas. A sua institucionalidade pode ser realçada pelos seus gestores, pelo Ministério Público, conselhos de saúde e trabalhadores, favorecendo a resistência contra o seu desmonte (PAIM, 2018, p. 1726). Além do mais, o SUS é considerado hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde, pois beneficia milhões de brasileiros não só com atendimentos, mas também com campanhas de prevenção e vacinação anualmente. Porém, os desafios são muitos, e cabe não só a sociedade, mas também ao governo a criação de estratégias para a manutenção de seu funcionamento garantindo a eficiência de seus serviços e a disposição de recursos necessários para sua atuação, fazendo parte de uma política pública programada (VIERO, 2017, p. 4).

Assim, o SUS foi aos poucos se ampliado e promovendo avanços significativos na oferta de serviços de saúde, contribuindo para a melhora dos atendimentos da população. Ainda que a sua implementação tenha enfrentado dificuldades em razão do apoio do Estado ao setor privado, da concentração de serviços nas regiões mais desenvolvidas e de seu financiamento insuficiente, houve ampliação do acesso à atenção básica e de emergência, ampliação da cobertura vacinal da população e da assistência pré-natal. Também foram significativos os investimentos na expansão dos recursos humanos e da produção e oferta de

tecnologias (PAIM, 2011, p. 23). Desta forma o Sistema Único de Saúde trouxe inovações e avanços na saúde dos brasileiros, resultou em um serviço de atenção básica à saúde, inovador, que mesmo enfrentando obstáculos trouxe a efetivação do direito à saúde, tem como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA, 2010, p. 515).

1.2 Direito à Saúde Pública da gestante

O direito da gestante à saúde pública inicia a partir do momento da fecundação. A súmula n° 244 do TST, garante o direito da grávida mesmo antes dela saber da gestação (BRASIL, 2012). Um dos primeiros direitos é o acesso ao atendimento pré-natal garantido pela Lei 9.263/96, que trata do planejamento familiar prevendo que a mulher deve ter acesso à atenção integral à saúde, atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato através do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996). Além disso, a Lei 11.634/2007 garante que toda a gestante assistida pelo SUS tenha direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007).

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com intuito de acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (BRASIL, 2000). Tal entendimento só se tornou possível mediante modificações nas políticas de saúde e rupturas de paradigmas no modelo assistencial. A primeira política pública de saúde voltada para a mulher no Brasil foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1973, cujo foco era à oferta de serviços que visavam garantir a saúde do binômio mãe-filho e o desfecho gestacional da mulher pobre não previdenciária, colocando a maternidade como base do papel social da mulher, incentivando políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras em estado gravídico-puerperal (COSTA, 2012, p. 114).

O Ministério da Saúde impulsionou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM) a qual reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde a qual contribui para a redução da morbimortalidade feminina em todas as fases da vida. Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde (BRASIL, 2007). O período gestacional requer uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida, por isso, a atenção pré-natal é reconhecida

como etapa fundamental e tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal (BRASIL, 2002).

No ano de 2000, O Ministério da Saúde (MS), buscando incluir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), uma proposta bastante ampla de humanização dos serviços de atenção que prestavam assistência às mulheres desde a gravidez até o puerpério. Esse programa apresenta duas características: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BUSANELLO, 2011, p. 825). A Política Nacional de Humanização foi criada para efetivar os princípios do SUS, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, tornando mais qualificada a saúde pública no Brasil, e incentivando a troca entre os gestores, trabalhadores e usuários. Essa política em questão tinha como propósitos principais e relacionados à humanização na assistência ao parto; contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização que já eram existentes e propostas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2014).

Em 2005, como esforços de entidades, alguns movimentos sociais e uma campanha que foi organizada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em benefício do direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, criou-se a Lei n.11.108/2005. Esta lei exigiu obrigatoriedade dos serviços de saúde em permitir a presença de um acompanhante, que deveria ser prioritariamente de livre escolha da mulher, no qual estivesse presente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013, p. 910). O plano de parto passou a ser direito de toda gestante, nele tem as informações de como a mulher deseja que seu trabalho parto seja realizado, ele traz informação de onde será realizado o parto, além de orientações e benefícios do parto normal, ele dá voz as usuárias do sistema público de saúde, para que não seja técnico e sim um momento especial para mãe e feto (BRASIL, 2017).

Acontece que diversas vezes as mulheres se submetem ao trabalho de parto de forma submissa, em silêncio, não são protagonistas na hora do parto, não vivenciam um momento harmônico porque desconhecem seus direitos nesse momento único e acabam por ter uma experiência negativa (MERIGH, 2007, p. 435). Para ter uma experiência positiva no trabalho de parto é necessário opinar sobre o tipo de parto, poder ter a companhia de uma pessoa que deseja, ter confiança no profissional de saúde e ser tratada com respeito de forma digna (MERIGH, 2007, p. 438). O direito de ser tratada dignamente é composto por elementos objetivos e subjetivos, quando se trata da gestante o foco é o amparo no acesso à saúde, no

acompanhamento médico antes durante e pós-parto, já que a gestação é uma experiência social, individual e única, sendo este um momento especial e transitório, com intensas transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas (MERIGH, 2007, p. 437).

A atenção à saúde da mulher, pelo programa, Estratégia Saúde da Família (ESF), sobretudo no período gravídico, passou a ser implementada por equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, além de outros, como os profissionais pertencentes ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família, a exemplo fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, dentre outros. Assim, a assistência ofertada a esta clientela ganha na Atenção Primária à Saúde (APS) sua mais importante aliada na redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal (BRASIL, 2010). Ademais, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90, nos termos do artigo 8º "assegura às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 1990).

Com a instituição da Constituição Federal de 1988, a mulher que já tinha seus direitos de gênero materializados enquanto pré-natal, parto e puerpério, garantiram também com a consolidação de seus direitos reprodutivos, e também fortaleceu o direito como mulher cidadã, por exemplo, direito à dignidade de sua pessoa, vida, saúde, proteção contra tratamento indigno, não ser discriminada por fatores étnicos, de gênero, de religião, faixa etária, de faixa social (SOUZA; GUALDA, 2016, [n.p]). A Constituição Federal assegura em seu "Art. 1º A República Federativa do Brasil [...] tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana" e reforça "Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros [...] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade" (BRASIL, 1988).

Nos casos de risco para a vida da mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez. No caso de estupro, a mulher tem o direito a atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia logo após ter sofrido o abuso sexual. Nestes casos, ela deve procurar a unidade de saúde mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referência para este atendimento. Em tais situações, a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno (BRASIL, 2013).

Além disso, a Lei nº 12.010/2009 garante à gestante o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Para isso é necessário procurar a vara da Infância e Juventude (Brasil, 2009). Já, a Lei Federal nº 11.340/2007 garante a gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência, tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde para seu parto e de visitar o serviço antes do parto (BRASIL, 2007). Também, tem direito a realização de até seis consultas pré-natal no SUS, fazer exames gratuitos de sangue, urina, verificação do peso e da pressão arterial, nenhum hospital ou maternidade pode deixar de realizar o parto, aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpo, ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende (BRASIL, 2013).

Desta forma, a assistência a gravida é um direito garantido pelo Estado, e com o objetivo de tornar efetivo o direito à saúde, a mulher, seus familiares e o Ministério Público têm legitimidade para exigir que o Estado cumpra sua obrigação de realizar o atendimento, o qual é fundamental e garantido pela Constituição Federal (ALMEIDA, 2019, p. 45).

2 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

O termo bioético surgiu nos Estados Unidos, empregado no título do livro do oncologista americano Van Rensselaer Potter, “Bioética: uma ponte para o futuro”, em 1971, referindo-se a uma inovação de ensino acadêmico que passou a indagar os problemas éticos gerados pelo progresso das ciências biológicas e médicas o qual mudaria a qualidade de vida das gerações futuras para melhor, onde começou a falar no limite médico e suas condutas éticas (BARBOSA, 2009, p. 209). Bioética é a ética da vida, do "estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e do cuidado da saúde, quando esta conduta se examina à luz dos valores e dos princípios morais", promove reflexão sobre problemas morais, sociais e jurídicos (BARBOSA, 2009, p. 210).

Em decorrência de diversos casos de manipulação, “nos quais foram utilizados enfermos naquilo que diz respeito a questões sociais e mentais, evidenciando experimentações com seres humanos noticiadas nos Estados Unidos em meados do ano de 1970”, o congresso americano criou em 1974, a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisas Biomédica e Comportamental que tinha o propósito de estabelecer princípios fundamentais para servir como base na investigação cientifica com humanos (JUNGES, 1999, p. 39). No entanto, esses princípios não eram novos, mas sim princípios já conhecidos da história da filosofia, que são aplicados em situações novas das ciências biomédicas para nortear a bioética (CLOTET, 2009, p. 3).

Os princípios foram adotados como da biótica, não para a bioética e sim para a ética referente às pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos, mas quando surgiam problemas que os princípios não eram capazes de resolver, buscava-se medidas de comparação, pois a teoria dos princípios é importante e necessária, por isso, não podem ser aplicados de maneira superficial (HOSSNE, 2006, p. 673 a 675). Os princípios foram identificados pelo Congresso dos Estados Unidos para conduzir a investigação em seres humanos passando então a ser considerados além de direitos e deveres, mais também pontos de referência obrigatório para qualquer discussão e reflexão da bioética (BARBOSA, 2009, p. 2012; HOSSNE, 2006, p. 675).

A ética e a bioética direcionam a responsabilidade para com as questões do dia a dia e das relações humanas em todas as dimensões desde que haja postura consciente na arte de cuidar da vida, se torna a ética da ciência e da vida, com códigos morais e deveres médicos legais e normas reguladas com valor de lei para abordar os conflitos éticos em relação à saúde (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 108). Diante da bioética duas funções das ações

humanas podem ser consideradas em termos morais, a descritiva e a normativa, pois, por meio delas é possível exemplificar os conflitos e propor uma solução. Isso ocorre porque a bioética analisa não só a conduta humana, mas também a de outros seres vivos e ambientais, para assim, se fundamentar, baseada no princípio da proteção para tomar decisões, além do campo da saúde pública (REGO; GOMES; SIQUEIRA, 2008, p. 483).

A ética gera mudança nos gestores da saúde e nos usuários, pela qualidade das ações e dos serviços prestados, sendo legítima a incorporação de todos no processo de solidariedade, amparo, beneficência e diversidade, os quais são elementos essências na criação da relação humanizadora (REGO; GOMES; SIQUEIRA, 2008, p. 485). Por meio do debate bioético passa a humanizar a atenção à saúde pública, no sentido de valorização da dimensão social em todas as práticas de atenção e de gestão na saúde pública, intensificando os direitos sociais e suas garantias, de acordo com suas desigualdades, diversidades e necessidades, com garantia a informação sobre a sua saúde, respeitando o direito ao acompanhamento de pessoas de livre escolha, e ter informação profissional de quem lhe presta atendimento, para que o paciente seja visto como sujeito do processo terapêutico (DESLANDES, 2004 p. 10; REGO; GOMES; SIQUEIRA, 2008, p. 487).

Humanizar o atendimento no SUS é ir contra a violência seja física, psicológica e simbólica, que se expressa nos maus-tratos, e no não reconhecimento das necessidades culturais e emocionais das pacientes, que se sentem violadas por não serem compreendidas e muito menos atendidas (DESLANDES, 2004, p.10). A humanização sugere um modelo centrado de possibilidade de assistência hospitalar, por meio de comunicação diálogo entre usuárias e profissionais para melhorar a qualidade dos serviços prestados na rede pública de saúde, onde leva em consideração os valores das pacientes, as crenças e suas formas de viverem, sem descriminação ou perda da autonomia, respeitando a dignidade humana (DESLANDES, 2004, p.11).

Assim, os princípios norteadores da bioética, foram instituídos, a partir Comissão Nacional para a Proteção dos Interesses Humanos de Biomédica e Pesquisa Comportamental. (SÁ; NAVES, 2009, p. 6). Deste de então vem gerando inúmeros debates e discussão acerca de como humanizar a medicina, por meio dos princípios, normas e ética (SOARES; PIÑEIRO, 2006, p. 19).

2.1 Análise do Princípio da Autonomia versus o Princípio da Beneficência

A partir da segunda metade do século XX, começou-se a articular a respeito dos direitos dos pacientes, por meio de movimentos reivindicatórios de direitos civis, particularmente das mulheres e dos consumidores, com o objetivo de contestar o paternalismo médico e demandar direitos sobre o próprio corpo (ALBUQUERQUE; PARANHOS, 2017, p. 2845). Apalavra paciente já traz a ideia de vulnerabilidade, fragilidade, o termo paciente se origina do vocábulo em latim *patior*, que significa suportar ou sofrer, pois o paciente era visto só como alguém que precisa de cuidados, que não tinha capacidade de opinar e muito menos de participar do seu processo terapêutico. Por isso, esses movimentos queriam mudar o costume que o paciente tem que aceitar ou sofrer, que ele é incapaz de definir sua vontade, para ser possível se autodeterminar (ALBUQUERQUE; PARANHOS, 2017, p. 2846).

O Princípio da Autonomia, Autodeterminação, é conhecido como o princípio do respeito às pessoas e foi concretizado na sociedade ocidental por filósofos como Spinozas, Kant, John Locke. Este reivindica que o sujeito se autogoverne na escolha de seus atos, requer que o profissional da saúde respeite o desejo do paciente ou do seu representante, respeite seus valores morais e suas crenças, permitindo que o paciente opine sobre seu tratamento e tenha sua privacidade respeitada (HOSSNE, 2006 p. 675; CLOTET, 2009, p. 5). A partir da década de 1970, determinou-se a modificação de consentimento do paciente com base hipocrática mais “paternalista para um consentimento baseado diretamente no respeito pela autonomia do paciente”. Nesse novo padrão, é indispensável que ele tenha todas as informações significativas e necessárias para tomar decisões verdadeiramente livres e conscientes, e não apenas aquelas que o médico acha conveniente repassar (VEATCH, 2014, p. 82).

Com fundamento no direito à autodeterminação, derivado do Princípio da Autonomia, qualquer pessoa pode decidir o que pode ou não ser feito com o seu corpo e ter suas escolhas respeitadas, mesmo quando essas decisões podem causar danos à sua saúde, pois se considera que cada pessoa sabe o que é melhor para si, sendo importante se ter em conta que essas decisões são influenciadas pelas histórias de vida e pelas relações pessoais do indivíduo. Nesse sentido, verifica-se que quando o paciente recebe suporte emocional, tem suas opiniões acolhidas e é bem orientado para fazer suas escolhas, mais seguro fica para exercer sua autonomia (ALBUQUERQUE; PARANHOS, 2017, p. 2848).

Ademais, uma das principais expressões do Princípio da Dignidade Humana é a autonomia, uma vez que ela constitui a identidade pessoal do indivíduo, concretizada pela

liberdade de consciência, de pensamento da esfera privada, assim a assegurando sobre assuntos que dizem respeito à esfera particular do ser humano. Isso acontece porque a autonomia considera a competência do indivíduo para viver sua própria vida, conforme seus interesses, desejos e crenças (SARLET, 2015, [n.p]).

O art. 5°, II, da Constituição Federal de 1988, garante o direito a autonomia quando diz que ninguém será obrigado a fazer algo se não em virtude de lei, nesse sentido a autonomia é um direito fundamental (BRASIL, 1988). E como direito fundamental a autonomia não é um princípio absoluto, pois ela encontra limites nos outros princípios, observando que o ser humano é sujeito de direito e não pode ser considerado objeto nem mesmo da beneficência médica (JUNGES, 1999, p. 41).

O termo beneficência tem origem no latim *bonum facere*, que significa "fazer o bem", presente no Juramento Hipocrático (jamais prejudicar o enfermo/não buscar aquilo que não é possível oferecer ao paciente, os famosos milagres/lutar contra o que está provocando enfermidade/ acreditar no poder de cura da Natureza) por volta de 460 a.c, só que nessa época a beneficência era evidenciada na forma paternalista, no qual só o médico sabia o que era melhor para o paciente e por essa razão, o paciente devia obedecê-lo. Apesar de esse juramento ser atual, a beneficência na contemporaneidade é mais que o exercício do bem pelo virtuoso, sendo, portanto, a avaliação crítica de benefícios frente aos riscos (HOSSNE, 2006, p. 673 a 675). O juramento hipocrático consagra o Princípio da Beneficência impositiva, no qual o tratamento recai exclusivamente sobre o médico, sem a interferência do paciente. Para o médico é seu dever buscar o bem-estar do paciente a qualquer custo porque para ele isto é fazer o bem, é ser justo, é ser moral com o paciente, por isso, não precisa da participação do mesmo (EIER; IANNOTTI, 201,0 p. 384).

Baseado na tradição hipocrática atualizada o profissional da saúde, em particular o médico, só pode usar o tratamento para o bem do enfermo, segundo sua capacidade e juízo, e nunca para fazer o mal ou praticar a injustiça, no que diz respeito às moléstias, deverá ele criar no costume médico o hábito de duas condutas: auxiliar ou socorrer, sem prejudicar ou causar dano ao paciente (DINIZ, 2014, p. 306). Esse princípio se caracteriza por regras morais, entre elas estão: proteger o direito do paciente, evitar que ele sofra, evitar danos e socorrer os enfermos e para isso a beneficência exige por parte do médico um comportamento ativo, positivo, que impeça os males e promova o bem, mas, o médico não deveria exercer o Princípio da Beneficência de modo absoluto, porque isso tira o direito de autonomia do paciente (SILVA, 2013, p. 61).

O Princípio da Beneficência requer, que sejam atendidos os verdadeiros interesses dos indivíduos a fim de evitar danos, pois esse princípio objetiva o bem-estar e interesses do paciente por parte da ciência médica sendo que a imagem do médico é vista por meio deste princípio como aquela que está fundada na tradição hipocrática no qual o médico usa sua capacidade e juízo para promover o bem aos doentes e nunca promover o mal e a injustiça, se não é possível socorrer jamais poderá causar danos (CLOTET, 2009, p. 05).

O referido princípio se estabelece no reconhecimento do valor moral do outro individuo. Acredita que se promover o bem do outro, reduz o mal em se tratando da bioética médica. Este princípio estabelece que o profissional de saúde deve comprometer-se a avaliar os riscos e os benefícios potenciais, sejam individuais ou coletivo, e sempre perseguir o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os possíveis danos e riscos (SILVA; REZENDE, 2017, p. 22).

Ademais a beneficência, numa visão filosófica moral, é a manifestação da benevolência, que apresenta três características essenciais: demonstra a disposição emocional humana para tentar fazer o bem, é o desejo de fazer o bem porque é satisfatório, a virtude humana uma vez que benevolência é uma virtude, e a conduta para agir corretamente, fazendo decorrer regras do que é certo, errado ou obrigatório, para definir deveres do princípio da benevolência. (FORTES, 1998, p. 39). Refere-se à ação de ser feita, fazer o bem ao próximo e de não fazer o mal, desse modo, no campo da saúde, esses dois aspectos podem ser definidos para não usar a arte médica para causar mal, injustiça ou para prejudicar, aplicar os tratamentos exigidos para aliviar o doente, melhorar seu bem-estar e, se possível, fazê-lo recuperar a saúde, uma vez que o dever medico é ao mesmo tempo um dever e uma virtude determinante da norma moral (FRANKENA, 1981, p.45 e 56).

Ao analisar o Código de Ética Médica, é possível encontrar o Princípio da Beneficência, nesse sentido, destacam-se os seguintes trechos:

> Capítulo I Princípios fundamentais [...] II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional [...]. VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano a atuará sempre e em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causa sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade integridade (BRASIL, 2018).

É exigido do profissional da saúde que ele contribua para promover o bem do paciente, pois, ele tem por obrigação as normas morais de carácter positivo, mas nem sempre é possível agir beneficentemente, as vezes é necessário fazer uma ponderação dos atos para garantir um melhor resultado possível (PINHO, 2019, p .60). Determinar o que é bom ou mal depende de

cada pessoa, o médico pode considerar um tratamento bom, mas o paciente pode não concordar, por isso o profissional de saúde necessita de precaução na sua prática, de maneira que leva a persistência terapêutica (PINHO, 2019, p. 62). Quando não for possível obter o consentimento do paciente em um tratamento que tem resultado cientificamente comprovado, o paciente precisa ser informado dos riscos que assume (PINHO, 2019, p. 62).

Desta forma, a obrigação médica de beneficência é complexa, uma vez que deve buscar a maximização dos benefícios ao paciente, de modo que deve minimizar os riscos e efeitos nocivos (SGRECCIA, 1996, p. 52). As vezes a obrigação médica envolve outros princípios, como por exemplo, a autonomia, ficando vedado ao médico desrespeitar a vontade de qualquer pessoa quando considerada capaz física e mentalmente (SGRECCIA, 1996, p. 52). Mas a partir do momento em que o paciente se encontra em risco iminente de morte, atendendo tanto ao direito a vida como a beneficência, o médico tem o dever de agir em prol do melhor interesse do paciente, que nesse caso se sobrepõe à vida. Assim a ação dos profissionais de saúde deve ser a de buscar o bem em vez do mal, tanto para o paciente como para a coletividade. (SGRECCIA, 1996, p. 53).

O princípio da não-maleficência traduz-se na obrigação do profissional de saúde, de não causar mal ou dano, ao paciente, (REIS, 2017. p.4). Enquanto a beneficência representa os benefícios de um tratamento, a maleficência representa os riscos desse mesmo tratamento (Reis, 2017. p. 6). Este princípio proíbe os danos causados intencionalmente, e os causados de forma acidental (FELIX, 2014, p. 101). O princípio da não maleficência baseia-se na minimização dos riscos que afetam a qualidade de vida do paciente (FELIX, 2014, p. 101). O princípio da não-maleficência é predominantemente um dever da beneficência, que tem a obrigação de precaver a exploração genética, de não prejudicar física ou psiquicamente, evitar a dor física e o sofrimento psicológico (CORREA,2009, p.76). Ademais este princípio tem a responsabilidade diante das consequências das decisões ético-clínicas, ou da tomada de medidas na saúde pública, tem o dever de não abandonar o paciente, dever do não abandono familiar e do não abandono institucional (CORREA, 2009, p.76).

2.2 Paternalismo médico e o Princípio da Justiça

O juramento Hipócrates fundamentou os códigos de ética da profissão médica até os dias atuais. Ele instaurou a medicina racional, afastando a atividade médica do caráter místico e religioso, para a medicina de generosidade e o amor ao próximo (SILVA, 2013, p.60). Nesse juramento o dilema principal é não prejudicar. Com base nele os médicos têm seguido

uma conduta paternalista que acreditam ser o melhor para o paciente, embasando-se na beneficência, acreditando que estão praticando o bem, sem considerar a autonomia do paciente (SILVA, 2013, p. 60).

O paternalismo é a interferência médica sobre a autonomia do paciente, mediante uma ação justificada que é o bem-estar do mesmo. Essa interferência é caracterizada pela fragilidade do paciente, sujeito passivo na relação entre o médico e o paciente, o paternalismo é à autonomia do médico de exercer sua autoridade profissional e para isso é possível que ele restrinja a autonomia do paciente e se responsabiliza por isso, somente para beneficiar o paciente (SILVA, 2013, p. 61). Este princípio surgiu do conflito entre a autonomia e a beneficência e se refere ao dilema bioético. Se o médico respeita a autonomia do paciente, sua autoridade profissional é restrita e então o médico deixa de ter autonomia dele (SILVA, 2010, p. 420). É por meio do paternalismo que o médico aprende o valor da autonomia profissional, para salvar a vida do paciente a qualquer custo, sem medir esforços para isto, porque o mais importante é recuperar a saúde mesmo que essa atitude as vezes desrespeite a vontade do paciente (SILVA, 2010, p. 420).

Existem duas formas de comportamento paternalista: o paternalismo brando e o forte. No primeiro a ação do profissional de saúde não viola a autonomia do paciente, porque não se sabe se o mesmo tem conhecimento do que está acontecendo, já o paternalismo forte é subdivido em dois tipos: o fraco e o duro forte (BEIER; IANNOTTI, 2010, p. 386). O paternalismo fraco é exercido sobre pessoas com restrição da capacidade, incapazes ou incompetentes, e o forte é o exercido sobre indivíduos plenamente capazes. Este ultima somente seria justificável se o paciente estivesse exposto a um dano significativo que poderia ser evitado, mas sempre com a menor restrição de sua autonomia (SILVA, 2010, p. 421).

De certo modo, o paternalismo é visto como se fosse algo ruim e autonomia como algo bom, mas, o médico pode restringir o paciente quando entender que determinado tratamento é essencial a sua saúde e ser mais persuasivo mais hesitante acerca da conduta mais recomendável à necessidade clínica (GRINGERG; LOPES, 2013, p. 84). Pois o profissional de saúde vive uma tensão profissional onde tem que zelar pelo paciente e conciliar o comportamento oposto do paciente no que tange ao melhor tratamento (GRINGERG; LOPES, 2013, p. 84). De acordo com o Código de Ética Médica, *caput* é vedado ao médico: art. 32. “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente” (BRASIL, 2010).

O termo paternalista não significa algo ruim, pois este termo corresponde a um cuidado, no sentido da relação pai e filho, de modo que o pai tem o conhecimento e busca o melhor para o filho, isso acontece porque o médico é apto para tomar a melhor decisão em relação a determinado procedimento terapêutico paciente (LIMA; MACHADO, 2021, p. 47). Ademais não é verdade que os pacientes são autônomos de fato, uma vez que eles se baseiam em falsas suposições por isso que não se pode deixar de lado o caráter paternalista da atividade do profissional de saúde e reconhecer que o médico é capacitado para identificar o melhor tratamento, isso não significa que a autonomia não deve ser respeitada, mas que é preciso uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o médico e o paciente (LIMA; MACHADO, 2021, p. 48).

Beauchamp e Childress definiram o Princípio da Justiça biomédica como o justo tipo de tratamento imparcial que leva em consideração o que é devido a cada ser humano, justiça formal, de forma concisa, seria o tratamento igualitário entre as pessoas, enquanto o material trataria da distribuição ativa dos bens tal qual a necessidade (DALL‟AGNOL, 2004, p. 49). O Princípio da Justiça na bioética é mais que a obediência da lei é uma questão moral, é o dever de agir, fazer conforme a lei da necessidade, respeitando a ação moral e a ação jurídica, sendo estas originadas a partir de diferentes vontades para obter uma ação justa que por meio dela possa haver a livre escolha (BOBBIO, 1992, p. 72).

O Princípio da Justiça no campo da bioética médica, se remete à igualdade, à liberdade e ao equilíbrio nas relações humanas, é um princípio que implica na igualdade de direitos aos serviços de saúde, propõe atenção e cuidado, no o sistema de saúde, público e privado que esses sistemas de saúde sejam justos, funcionais e eficientes, seu objetivo é garantir a distribuição, justa, equitativa e universal, dos serviços de saúde público e privado (CORREIA, 2002, p. 42). Este princípio busca maximizar os benefícios da intervenção médica com um custo benefício, o aspecto financeiro, os aspectos emocionais e físicos, bem como os custos socias, devendo todos ser considerados no princípio da justiça. Justa é a intervenção médica que leva em consideração os valores do paciente, bem como sua capacidade de deliberação e unidade psicofísica (SÁ; NAVE, 2009, p. 35).

O Princípio da Justiça está ligado ao princípio da beneficência, uma vez que ambos buscam promover o bem das pessoas, reconhecendo a dignidade e o direito à vida, a inclusão do princípio de justiça no âmbito da bioética reflete a consciência da cidadania e a luta pelo direito à saúde como sendo um direito que deve ser atribuído e assegurado a todo cidadão (CORREIA, 200,2 p. 43). Quando a forma igualitária não acontece conforme a necessidade de cada indivíduo, pode acarretar danos à saúde principalmente na classe social mais carente e

hipossuficiente. Assim, Princípio da Justiça vem para minimizar esse problema com a obrigação do Estado em garantir condições básicas para o bem-estar de cada indivíduo, sem discriminação de qualquer natureza (JUNGES, 1999, p. 55).

O Princípio da Justiça aqui se refere a um conceito de justiça moral, uma teoria normativa da obrigação moral, justiça distributiva, que é a justiça na distribuição do bem e do mal, que não se compara a justiça retributiva que são castigos, sendo ela uma questão de tratamento comparativo de indivíduos. Se duas pessoas nas mesmas condições de saúde estão precisando do mesmo tratamento, com as mesmas necessidades, mas são tratadas de maneiras diferentes, teríamos o padrão da injustiça (FRANKENA, 1981, p. 58). Nesse sentindo pode se deferir que justiça equivale a tratamento igual dado a iguais, é tratar de modo diferenciado pessoas que não são iguais, e injustiça é o tratamento desigual dado a iguais, a justiça considera nos humanos, as virtudes ou méritos, trata humanos iguais, como iguais e desiguais como desiguais, tanto para o bem como o mal, conforme suas proporcionalidades, suas necessidades e suas capacidades, consistindo em distribuir o que é bom tendo em conta a virtude (FRANKENA, 1981, p. 60).

Princípio bioético da Justiça é o direito que atende as pessoas e comunidades ao acesso a uma vida digna e com qualidade, com tratamento adequado no SUS, que tem por objetivo o aperfeiçoamento da cidadania para guiar recursos para programas de saúde pública (JUNQUEIRA, 2012, p. 8). Este se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, pesquisa entre outros (JUNQUEIRA, 2012, p. 8). Também pode ser entendido como o conceito de equidade que representa a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, é compreender que as pessoas são diferentes que tem necessidades diferentes (JUNQUEIRA, 2012, p. 8). Por isso, elas devem ser tratadas com imparcialidades. Desta forma nem o paciente nem o médico podem ser prejudicados, e para isso é necessário o reconhecimento de valores, no qual é justo a objeção de consciência, em um ambiente clínico no qual o médico também tem o direito de se negar a participar de determinados tratamentos propostos pelo paciente, do qual este não considera ético (JUNQUEIRA, 2012, p. 8).

3 LIMITES DA RECUSA TERAPEUTICA MANIFESTADO PELA GESTANTE

O Conselho Federal de Medicina (CFM) promulgou a Resolução 2.232/19 em 16 de setembro de 2019, com o objetivo de estabelecer normas éticas para a recusa terapêutica de forma geral, por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente, porém o art 5º, parágrafo 2º da referida resolução, dispõe sobre a vedação da recusa terapêutica por parte da gestante, demonstrando que nesse caso, a recusa deveria ser analisada sob a perspectiva do binômio mãe/feto e, o ato de vontade da mãe poderia caracterizar abuso de direito relacionado ao feto (BRASIL, 2019). O art. 5° e parágrafo 2° da Resolução CFM n.º 2.232/2019 tornou-se objeto de impugnação no âmbito da ADPF n° 642/DF, pois estaria cerceando o direito à gestante consentir ou recursar determinado tratamento terapêutico (BRASIL, 2019).

Esta Resolução em seu parágrafo primeiro definiu recusa terapêutica como o direito ao paciente de recusar tratamento médico eletivo, desde que o médico informe riscos e consequências da decisão tomada, sendo assegurado ao paciente maior, capaz, orientado e consciente no momento da decisão (BRASIL, 2019). Ela também autoriza o médico em casos específicos definidos como abuso de direito, rejeitar a recusa terapêutica. Neste caso o médico deve comunicar ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, para que sejam tomadas as medidas cabíveis para o tratamento oferecido (BRASIL, 2019). Ao médico é garantido o direito a objeção de consciência, quando, diante da recusa terapêutica do paciente, eticamente, deixa de realizar condutas que, embora permitidas por lei, são contrárias aos preceitos de sua consciência (BRASIL, 2010).

Repercutiu diversos debates, sobre essa resolução, em especial à possibilidade da recusa terapêutica manifestada pela gestante, uma vez que teria restringido esse exercício em prol do feto, por isso, foi ajuizada pelo partido socialismo e Liberdade (PSOL), a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 642, no qual o Ministro Luiz Edson Fachin foi o relator (BRASIL, 2019). Alegou que não caberia ao CFM, impor limitações à pessoa da gestante, porque essa imposição fere direitos constitucionais, como a dignidade e a liberdade, estando assim, ferindo o direito de manifestação da autodeterminação da gestante (BRASIL, 2019).

O direito de recusa a tratamento médico está previsto no art. 15 do código civil, “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002). Pode-se compreender que o oposto permitiria concluir que se o tratamento médico ou a intervenção cirúrgica não for com risco de vida, a

pessoa está obrigada a se submeter a ela, mas conforme a Constituição Federal, deve- se compreender que ninguém, nem aquele que corre risco de vida, será constrangido a submeter-se a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, pois esse direito ocorre da autonomia do paciente em designar qual ação o profissional médico deve aderir (RIBEIRO, 2006, p. 277).

A proteção da vida é baseada, na alegação da teoria do ser, na premissa de que a dignidade consiste em ser um princípio e a vida um bem jurídico, a tutelado pelo Estado e pela sociedade. (AGUIAR; MEIRELLES, 2018, p. 139). A liberdade individual também é um bem jurídico a ser protegida, tutelado pelo texto legal, que garante a liberdade ao sujeito no ato de fazer ou não aquilo que este desejar, amparado pela lei no qual a paciente sendo um ser livre, é autorizada a praticar o que a lei lhe permite, não sendo obrigada a praticar o que não é previsto em lei (BITENCOURT, 2015, p. 113).

O Brasil não possui uma legislação específica que trata sobre a recusa terapêutica da gestante, mas há um Projeto de Lei em tramitação (PL) nº 7.633/2014 que trata da humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, dispõe sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, no artigo 11 do referido projeto, ressalta a importância da autodeterminação da gestante e da recursa terapêutica em determinados tratamentos (BRASIL, 2014).

> Projeto de Lei nº 7.633/2014, Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde: I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS; II – constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu concepto; III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira (BRASIL, 2014).

Apesar de no Brasil, não haver autorização legal para a recusa terapêutica da gestante, essa encontra respaldo na Constituição Federal (art. 1.º, III, e art. 5.º, III) que reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento do estado democrático brasileiro e diz expressamente, que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, no Código Civil (art. 15) quando autoriza a paciente a recusar determinados procedimentos médicos (BRASIL 1988; BRASIL, 20020). Também está na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90, art. 7.º, III) que reconhece o direito à autonomia da paciente, e no Código de Ética Médica, que proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade da paciente, fora de um quadro de emergência médica de salvação, o que não é o caso

da paciente gravida (BRASIL 1988; BRASIL, 2002; BRASIL, 1990). Segundo o Enunciado nº 533, da VI Jornada de Direito Civil, do CJF, a paciente, quando capaz, poderá opinar até mesmo em tratamento médico que lhe possa gerar risco de vida, pois o risco de vida é inerente a qualquer tratamento médico, em maior ou menor grau de frequência (DADALTO; CAMARGO, 2017, p.165).

Ademais a Constituição Federal não exclui a autonomia da gestante pelo fato dela estar grávida. Desta maneira, ela tem os mesmos direitos de recusa terapêutica das demais pessoas, uma vez que todos são iguais perante a lei, e que a garantia do direito à liberdade é inviolável, conforme o artigo 5° da CF (BRASIL, 1988). Foi adicionada pelo Ministério da Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, que reforça a autonomia da paciente e afirma o direito à informação, e as diferentes possibilidades terapêuticas com direito a recusa desde que atestado por testemunhas no consentimento informado, sendo esta, a melhor ferramenta para que a mulher tente manter sua autonomia no período que compreende a gravidez (BRASIL, 2009).

Com isso, o juiz federal Hong Kou Hen, decidiu na ação civil publicada 5021263-50.2019.4.6100, ajuizada pelo Ministério Público Federal, no qual determinou que somente o risco efetivo à vida ou saúde da gestante ou do feto deve ser considerado como justificativa legal para afastar a escolha terapêutica da gestante (BRASIL, 2019). Que o abuso de direito mencionado no §2º da Resolução n° 2.232/2019 do CFM, em caso de recusa terapêutica da gestante em relação ao feto "confere excessiva amplitude das hipóteses nas quais o médico pode impor à gestante procedimento terapêutico, pois não limitado às situações de risco à vida e saúde do feto e/ou gestante" (BRASIL, 2019).

O magistrado da 8ª Vara Cível Federal de São Paulo analisou a questão e suspendeu integralmente o §2º do artigo 5º e parcialmente os artigos 6º e 10, da Resolução n° 2.232/2019 do CFM somente no que tange à gestante e ao parto. Ele definiu que mesmo que indiretamente, resulta na "ilegal restrição da liberdade de escolha terapêutica" da gestante em relação ao parto (BRASIL, 2019). O CFM contestou afirmando que Res. CFM n. 2.232/2019 que a recusa terapêutica manifestada pela gestante deve ser analisada sob a perspectiva do binômio mãe-feto, que é necessário analisar as garantias que cercam a mãe e também o feto, o feto não é prioritário a gravida, os dois precisam de proteção, mas o feto precisa de manifestação de proteção, porque os direitos do nascituro não podem ser desrespeitados (BRASIL, 2019).

Alguns direitos do nascituro são assegurados desde a concepção, por isso definir o início da vida é importante para assegurar ao nascituro o direito de nascer com vida e saudável, pois a partir deste direito todos os outros serão acrescentados (NEVES, 2012, p.35).

Portanto é dever da família, da sociedade e do Estado proteger e garantir os direitos do nascituro, fato é que a gestante e a família têm deveres para com o mesmo. Como detentores do poder familiar, os pais têm não só direitos, mas também obrigações para com o nascituro, sendo uma delas propiciar o direito à saúde, protegido constitucionalmente, é dever da família assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde (BRASIL, 1988; BRASIL,1990).

O doutrinador Tartuce defende a teoria concepcionalista que assegura os direitos do nascituro desde a concepção, sendo-lhe assegurado o direito à vida e a sua personalidade (TARTUCE, 2014, p. 119-122). O nascituro é considerado ser humano, pois possui personalidade civil, que lhe assegura o direito à vida, a proteção e ao respeito, porque isso faz parte da dimensão da dignidade humana, que são decorrentes dos direitos constitucionais (DINIZ, 2010, p. 36). Assim, se o binômio mãe e feto correr risco de vida, e a gestante recusar o tratamento como por exemplo nos casos em que mãe possui a patologia HIV, havendo a real necessidade, o médico é obrigado a desbancar a vontade da gestante em prol da integridade física tanto da mãe como do feto, caso em que a autonomia da grávida não deve prevalecer, pois, não se admite prejuízo ao feto por recusa de tratamento, quando não há outra alternativas substitutivas, uma vez que a integridade física é um dos direitos da personalidade (STEGMANN, 2018, p. 1 a 4).

O nascituro pode estar sujeito a tratamentos terapêuticos fetais, pois alguns problemas quando diagnosticados podem ser tratados com antecedência, aos quais poderiam não ter solução se tratados somente após o nascimento, por isto a importância de determinadas precauções por parte da pessoa da gestante em realizar todos os procedimentos necessários para o bem estar do nascituro (FRANÇA, 2015, p. 25). Procedimentos como avaliar o tamanho do feto, diagnosticar possíveis patologias, posição do feto no útero, detectar gestações múltiplas, procedimento como método diagnóstico, ecográfica do osso nasal, *doppler* “translucência nucal” ou “claridade nucal” (distância entre a pele da nuca e a coluna) e for preciso realizar as intervenções invasivas como transfusão de sanguínea, nos quais sempre são analisados os riscos e benefícios para o binômio mãe e feto. Nestes casos a recusa terapêutica da mãe causa prejuízo ao feto (RECKZIEGEL; SILVA, 2018, p. 108-112).

Assim, a responsabilidade da genitora evitar danos pré-natais como a nocividade de álcool, de tóxicos, de doenças sexualmente transmissíveis e locais insalubres de trabalho e que diante da recusa culposa que cause danos ao filho a mãe deveria responder conforme o dano causado, o que já acontece em outros países, e que durante a gravidez a mulher tem que mudar o comportamento em prol da saúde do filho (FRANÇA, 2005, p. 20 a 26).

Diante da teoria da dignidade humana, entende que o nascituro já é um ser humano e com vida, dotado de importância, se não para genitora, é para a sociedade e para o Estado, não pode ser considerado como objeto. Seus direitos devem ser preservados como nascer e nascer saudável, e isso não significa que os direitos da mãe não são importantes, só que os direitos fundamentais não são absolutos (RECKZIEGEL; SILVA, 2018, p. 104-108).

Portanto, conforme o princípio da Dignidade da Pessoa Humana, presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal de 1988, a qual assegura que as crenças e as convicções da paciente devem ser consideradas e respeitadas. Nesses casos a autonomia da paciente deve prevalecer, exceto se ocorrer risco de vida ao binômio mãe e feto em que prevalece a indicação medica (STEGMANN, 2018, p.3). Nos casos de violação do direito de recusa terapêutica da grávida, quando o estado da paciente permite exercê-lo, caracteriza uma violência, no qual o Princípio da Autonomia é totalmente desprezado, sendo um tratamento arbitrário, no qual o médico tem o dever de agir e salvar, mesmo sem o consentimento da paciente, suprimindo assim as garantias individuais e a dignidade humana da paciente (RIBEIRO, 2006, p. 278).

3.1 Direito à autodeterminação da gestante

A Constituição Federal de 1988 instituiu a dignidade humana como fundamento do próprio Estado brasileiro, no qual a vida digna é um dos princípios fundamentais e para a efetivação desse princípio há elementos essenciais como, à educação, à saúde, o bem-estar e o desenvolvimento de todo ser humano, na perspectiva ético-jurídico a dignidade humana é a autodeterminação humana que consiste na liberdade essencial da pessoa decidir sobre si mesmo, sobre sua intimidade sua privacidade, conforme sua construção de vida (BRASIL, 2016; BRASIL, 1988). A autodeterminação da paciente gestante pode ser compreendida como “consentimento livre e esclarecido”, pois receber informação adequada sobre o tratamento terapêutico faz parte dos direitos fundamentais para decidir livremente sobre si além de ser uma forma de respeito à dignidade humana da gestante (SÁ, NAVES, 2021, p. 65).

O consentimento livre esclarecido é a exteriorização da vontade da gestante junto ao profissional de saúde, como forma de expressar a sua autonomia para no consenso médico e paciente chegarem ao melhor tratamento médico possível, após a informação e a explicação, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos terapêuticos que lhe são indicados, onde as diferenças de cultura, religião e costumes, são respeitados e considerados (SÁ, NAVES, 2021, p. 65; BRASIL, 2016). O consentimento informado é o modelo de cuidado centrado na paciente, ela é o elemento principal do processo terapêutico no qual deve-se atender, a natureza social, as emoções, crenças, os sentimentos e os valores da gestante, sendo que também são considerados a capacidade, o elemento informativo e a compreensão da informação, no qual o médico não é obrigado a aceitar esses valores sociais. Por isso, é importante o diálogo nas consultas para que esse consentimento seja esclarecido e baseado na dignidade e colaboração entre médico e paciente ALBUQUERQUE, 2016, p. 79; BRASIL, 2016).

O consentimento da gestante é um processo, e não um ato isolado. O consentimento esclarecido contem participação ativa da paciente na tomada de decisão sobre seu tratamento ou recusa terapêutica, sendo um processo contínuo que envolve trocas de informações num diálogo onde permite a expressão dos sentimentos e consideração dos avanços tecnológicos (BRASIL, 2016). Cabe ao médico avaliar a capacidade da autonomia da paciente e o consentimento informado fica sob a responsabilidade médica que considera as vulnerabilidades da paciente e na falta de capacidade para se autodeterminar o médico pode, submetê-la a tratamento de forma clara e objetiva, podendo também devido ao tratamento a paciente perder parte da sua autonomia. Nesses casos cabe ao médico deliberar da melhor forma respeitando o que já foi consentido (PAZINATTO, 2019, p. 238).

Portanto, na fala médica ressalta-se a importância do respeito à autonomia da paciente, mas, em algumas situações, o desejo da gestante só é considerado se ir ao encontro das práticas médicas que eles consideram adequadas e diversas vezes a gestante é orientada a buscar outro profissional (PALHARINI, 2017, p. 25).

3.2 Análise jurisprudencial acerca da recusa terapêutica manifestada pela gestante

Tendo em vista a importância da autodeterminação da gestante e da recusa terapêutica manifestada por ela buscou-se na Jurisprudência, parecer, ementa e decisões brasileiras, casos relacionados ao tema estudado.

Um exemplo de jurisprudência que trata sobre recusa terapêutica é a do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que gerou bastante polêmica no meio médico, *Habeas Corpus* de nº 268459 SP 2013/0106116-5 decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, onde foi julgado um *Habeas corpus* em que por empate dos ministros votantes, os pais de uma menina de treze anos, morta após negativa de transfusão de sangue e inércia da equipe médica, foram excluídos do processo penal do qual haviam sido denunciados por homicídio doloso na forma comissiva considerando culpada a equipe médica responsável pela paciente. A turma decidiu que em risco iminente de morte o médico é obrigado a agir, mesmo sem o consentimento do paciente ou responsável (BRASIL, 2014).

Na arguição de descumprimento de preceito fundamental 642/df relator: ministro Edson Fachin, decidiu sobre a recusa terapêutica da gestante nos seguintes termos (BRASIL,2019).

> Ação de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. resolução 2.232/2019. conselho federal de medicina. direito à saúde. art. 5º, caput, da constituição. recusa terapêutica. não dignidade humana. artigo 1º, iv, da constituição federal. liberdade positiva. autodeterminação. direito de escolha. limites. 1A recusa terapêutica, como possibilidade atribuída ao paciente de consentir ou recusar tratamentos e procedimentos de saúde, é manifestação da autodeterminação do indivíduo, corolário da dignidade humana, um dos fundamentos da República brasileira (Constituição Federal, art. 1º, III). 2. A faculdade conferida ao paciente de recusar tratamento de saúde sem interferência de terceiros ou do Estado há de se limitar ao âmbito individual e não afetar crianças, adolescentes e incapazes ou representar risco à saúde pública e à coletividade. Previsão pela própria Resolução 2.232/2019 do CFM. 3. A norma contida no § 2º do art. 5º da Resolução 2.232/2019 exorbita do campo de regulamentação da relação médico-paciente, orientada pelo princípio da soberania da clínica médica e pela vontade livre e esclarecida do paciente, deles excluído juízo de caráter jurídico (e não médico), na determinação de eventual "abuso de direito". — Parecer pela procedência parcial do pedido, a fim de que seja declarada a inconstitucionalidade do art. 5º, § 2º, da Resolução n° 2.232/2019 do CFM" (BRASIL, 2019).

Parecer nº 2690/2018 sobre procedimento terapêutico e autonomia do médico, homologado na sessão plenária nº4774, de 03/09/2018, foi aprovada a seguinte ementa (BRASIL, 2018).

> Recusa da paciente gestante e familiar, à administração de medicamento classe C na gravidez mais iminente perigo de vida à mãe e graves prejuízos ao feto - Prevalece a indicação médica, considerando os riscos e benefícios, e o fato de o médico ter o dever de realizar todo e qualquer procedimento técnico imposto à manutenção da vida (BRASIL, 2018).

De acordo com o Código de Direito Penal, o crime de constrangimento ilegal, previsto no art. 146, é aquele que incide na situação de um indivíduo, forçar alguém a praticar qualquer ato, constrangendo-o por meio de uma violência ou grave ameaça, ou impedir, de

qualquer outra forma, que este outrem seja capaz de resistir a não praticar o que a lei lhe permite (CÓDIGO PENAL, 1940). Nesse sentido a quarta turma do Egrégio Superior Tribunal de Justiça no julgamento do resp 1.504.580/df, relator para o acórdão o ministro Luís Felipe Salomão, dje de 4.9.2018, decidiu, que a paciente fica amparada pela ordem jurídica, no sentido de que a desconsideração da sua recusa, com imposição de tratamento forçado, pode configurar a prática de crime de constrangimento ilegal (art. 146 do código penal) ou de ato ilícito que gera direito à reparação civil (BRASIL, 2019)

O Ministério Público Federal por meio da Recomendação n.º 44/2019 contestou a autonomia do médico de agir contra o desejo das gestantes, quando ele entender a que recusa de determinado tratamento terapêutico pela gestante, causaria risco ao feto (BRASIL, 2019). Relatou casos de mulheres que tiveram sua integridade física e psicológica violada por profissionais de saúde durante a assistência ao parto, por meio de atos violentos, físicos e mentais, alheios às evidências científicas vigentes, o que configura como violência de gênero, contrariando a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (BRASIL, 2019).

> 22-Que no Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo7 , uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no parto, associadas a intervenções desnecessárias e prejudiciais à saúde da mulher, bem como desrespeitos verbais e negligência; sendo que o §2º do artigo 5º c/c os artigos 6º e 10º da Resolução nº 2232/2019 podem favorecer procedimentos no parto desnecessários e violadores da autonomia das parturientes, como o episiotomia, amniotomia, administração arbitrária de soro de ocitocina, utilização de manobra de kristeller, dentre outras práticas difundidas pela Organização Mundial de Saúde e pela CONITEC como não indicadas ou prejudiciais quando realizadas de forma irrestrita.
> 23- Que o Brasil ostenta um dos mais elevados índices mundiais em partos cirúrgicos, o que implica que milhares de mulheres sejam levadas a cesarianas desnecessárias anualmente, sendo imperiosa a adoção de políticas públicas para reverter esse quadro, visto conduzirem mulheres a cirurgias desnecessárias, expondo-as a riscos superiores aos do parto normal, sendo que o §2º do artigo 5º c/c os artigos 6º e 10º da Resolução nº 2232/2019, se aplicados, permitem favorecer e perpetuar partos cirúrgicos desnecessários, entendendo-se como 'abuso de direito' da parturiente optar pelo parto normal" (RECOMENDAÇÃO, n.º 44/2019).

Segundo o Enunciado 274 da IV Jornada de Direito civil, o sistema normativo brasileiro não admite o caráter absoluto aos direitos fundamentais, pela possibilidade de serem relativizados em casos de colisão, diante da ausência de fundamento jurídico gera controvérsias entre os doutrinadores e aplicadores do direito, ocasionando insegurança jurídica, havendo colisão entre direitos personalíssimos, utiliza-se a técnica da ponderação, estendendo a interpretação desses princípios e garantias fundamentais para melhor solução dos litígios (BRASIL, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, ficou demonstrado, as questões bioéticas voltadas à recursa terapêutica manifestada pela gestante, as quais fez-se pensar quais são os limites da recursa terapêutica manifestada por ela e se algum princípio deve prevalecer a outro, como a autodeterminação da gestante ou o paternalismo médico que age em prol do direito à vida do feto, considerando que a autodeterminação da mulher na gestação é um tema polêmico, devido às análises que são feitas em torno da mãe e em prol do feto, por diversos motivos, no qual traz inúmeros questionamentos, jurídicos, éticos e bioéticos, (CANUTO, 2013, p. 2).

Relatou-se que a saúde por muito tempo foi considerada como uma resposta divina de Deus aos seres humanos, e a doença era considerada uma punição pelo pecado cometido até que Hipócrates considerou que a doença se tratava de uma causa natural e não de causas divinas ou sobrenaturais. A verdade que o conceito de saúde se modifica com o passar do tempo, e no presente, saúde pode ser entendida não só como "ausência de doença", mas também pode ser conhecida como o "equilíbrio" da vida social do indivíduo (AITH, 2007, p. 46).

Ficou demonstrado que o Sistema Único de Saúde estabeleceu- se do resultado de políticas sociais e universalistas que buscaram meios de garantir o mínimo existencial em relação a efetividade do direito a saúde no Brasil, a partir de então foram criados alguns programas de atendimento no SUS. Em 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O Sistema Único de Saúde trouxe inovações e avanços na saúde dos brasileiros, resultou em um serviço de atenção básica à saúde, inovador, que mesmo enfrentando obstáculos trouxe a efetivação do direito à saúde, tem como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA, 2010, p. 515).

Foram analisadas, a autonomia privada da gestante, a corporal, a autonomia à saúde e da gestante como mulher, para que a pessoa da gestante poça exercer sua autodeterminação, livre e esclarecida sem barreiras, seja ela, física, psicológica, ou social, que a impeça ou a inibe na tomada de decisão, pois a autonomia considera a competência do indivíduo de viver sua própria vida. Uma vez que o direito à autodeterminação é fundamental para o indivíduo se tornar autônomo e livre, sendo este direito garantidor da sua integridade, física, jurídica ou pessoal, formadora de personalidade livre sem imposição (CANOTILHO; MOREITA, 2014, p. 463).

Discutiu-se sobre o consentimento ao ato médico, que deve ser livre e esclarecido, fruto de uma relação de confiança entre o médico e a paciente, onde a paciente é ouvida e toda sua trajetória de vida, seu princípios, seus valores, suas crenças são levados em consideração, para que no consenso possam tomar a melhor decisão em prol do feto e também da mãe. A gestante deve ter informações por parte do médico para decidir de forma consciente o tratamento que desejar, sendo respeitada e ouvida, para formar uma relação de confiança entre o médico e a paciente (ANDRADE; CARMINATE, 2020, p. 245). Considerou o paternalismo médico que, mesmo visando promover o bem do paciente, leva o médico a desconsiderar a autonomia da gestante. Pois o paternalismo é à autonomia do médico de exercer sua autoridade profissional e para isso é possível que ele restrinja a autonomia do paciente e se responsabiliza por isso, somente para beneficiar o paciente (SILVA, 2013, p. 61).

A beneficência e não maleficência do ponto de vista da gestante é ter a recusa a terapêutica respeitada; enquanto para o médico é salvar a vida da paciente utilizando para isso todos os recursos disponíveis, pois para o médico é seu dever buscar e fazer o bem a qualquer custo, do ponto de vista médico exercer o bem é ser moral é ser justo e para isto não precisa a participação do paciente. Este princípio estabelece que o profissional de saúde deve comprometer-se a avaliar os riscos e os benefícios potenciais, sejam individuais ou coletivo, e sempre perseguir o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os possíveis danos e riscos (SILVA; REZENDE, 2017, p. 22).

Demonstrou-se que segundo o Código de Ética Médica qualquer procedimento invasivo ou cirurgia realizada sem livre declaração de vontade do paciente são consideradas agressões à integridade física, justificáveis apenas em situações comprováveis de perigo iminente de morte. Em situações que não envolvam uma questão de atendimento de emergência, o médico que não obteve o consentimento do paciente, ou que não forneceu as informações necessárias, pode estar sujeito a ações de responsabilidade civil e danos. (BRASIL, 2018).

Por fim, procedeu-se a uma análise da Resolução 2.232/19 do CFM, sobretudo do §2º do artigo 5º, onde restou provado que este dispositivo fere a autonomia privada da mulher gestante, e por isso foi declarada a inconstitucionalidade do art. 5º, § 2º, da referida resolução (BRASIL, 2019), mas que a autodeterminação da gestante não prevalece sobre a vida do feto, uma vez que diante de conflitos entre direitos personalíssimos da mãe e do feto, utiliza-se a técnica da ponderação, estendendo a interpretação desses princípios e garantias fundamentais para melhor solução dos litígios (BRASIL, 2002).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica Neves; MEIRELES, Ana Thereza. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 13, n. 1, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220. Acesso em: 05 abr. 2022.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. 2007.

ANDRADE, Kelly Christine Oliveira Mota de; CARMINATE, Raphael Furtado. Primeiras impressões sobre a Resolução 2.232/19 do Conselho Federal de Medicina e a autonomia da mulher gestante. **Revista Sobre Atualidades do Direito,** 8ª coletânea de Ensaios e Artigos, Mariana, MG, Magna Campos, 2020, v. 1, p. 238-263. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/469366059/Livro-08-sobre-atualidades-do-direito8%C2%AA-Coletanea-de-ensaios-e-artigos. Acesso em: 30 ago. 2021.

ALBUQUERQUE, Aline; PARANHOS, Denise GAM. Direitos humanos dos pacientes e vulnerabilidade: o paciente idoso à luz da jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 4, p. 2844-2862, 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/27401. Acesso em: 05 mar. 2022.

ALMEIDA, Rosângela Nunes et al. Atenção integral à saúde da mulher no pré-natal: Interfaces com o direito à saúde. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2019. Disponível em: https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/131. Acesso em: 22 set. 2021.

BARBOZA, Heloisa Helena. Princípios da bioética e do biodireito. **Revista Bioética**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/276 Acesso em: 04 mar. 2022.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, n° 188, p. 29-60, 2009. Disponível em: https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf 2009. Acesso em: 12 out. 2021.

BARROSO, Marcela Maria Gomes Giorgi. **Aborto no Poder Judiciário:** o caso da ADPF 54. São Paulo: EDUSP, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-26082010-152613/publico/dissertacao_Marcela_Giorgi_Barroso.pdf. Acesso em 02 set. 2021.

BEIER, Mônica; IANNOTTI, Giovano de Castro. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s383-s389, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FLVWwcHxjbXZMwfdsrchH5S/abstract/?lang=pt. Acesso em: 03 mar. 2022.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código penal comentado**. Saraiva Educação SA, 2015.

BEZERRA, Ana Paula Araújo; CESAR, Mônica Bimbatti; LARA, Sônia Regina Godinho de. Recusa a transfusão de sangue por gestantes e puérperas Testemunhas de Jeová. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1043-1059, 2015. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1057. Acesso em 30 ago. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Recomendação nº 1 de 21 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9263/96 de 12 de janeiro 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República. Disponível m: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.010/2009 de 3 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Brasília, 3 de agosto de 2009; 188º da Independência e 121º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 27 de dez. de 2007; 186º da Independência e 119º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. **Lei n° 8060, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria n°. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família -ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde –PACS. Brasília, 22 out 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2009 agosto, nº 155. Poder executivo, Seção. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353 de 2017**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação parto normal. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Situação atual: apensado ao PL – 6567/2013. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. **Recomendação do Ministério Público nº44/2019, de 25 de setembro de 2019.** Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF n. 642. 2019**. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/ADPF000642Res2232CFMrecusateraputicaCD.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas-Corpus n.º 268.459 – SP (2013/0106116-5), da 6ª Turma Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Impetrante: Alberto Zacharias Toron e outros. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Pacientes: Hélio Vitória da Silva e Ildelir Bomfim de Souza. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. São Paulo, 02 de setembro de 2014. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/. p. 14. Acesso em: 28 mar. 2022.

BUSANELLO, Josefine et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 824-832, 2011.Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/XDWGgXg7jVwWhHt6fFwxNtt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 nov. 2021.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JUNIOR, Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. 20. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. 253 p. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf. Acesso em: 12 out. 2021**.**

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MORREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. V.I, 4 ed. Coimbra, Coimbra Editora, 2014.
CANUTO, Ana Flávia. ANÁLISE DO ABORTO COMO DIREITO DA MULHER. **e-RAC**, v. 3, n. 1, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/center/Downloads/124-454-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 8 set. 2021.

CARNEIRO, Bernardo Lima Vasconcelos. **A implementação jurisdicional do direito fundamental à saúde sob uma ótica tópica e concretista**:195 f. dissertação (mestrado) - curso de direito, Universidade Federal do Ceará, 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16368/1/2015_dis_blvcarneiro.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 set. 2019 Sec. 1, p. 113-114. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370. Acesso em: 18 ago. 2021.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). Fundamentos da bioética. 2. ed., São Paulo: Paulus, 2002. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8010577. Acesso em: 06 mar. 2022.

COSTA, Flávia B. da; TRINDADE, Mara A. do N.; PEREIRA, Mauro Lúcio T. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. **Revista eletrônica novo enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46387098/Artigo_para_histo-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1637960320&Signature=V677IXcG~LHYFRTu13eiojswUwjVZ9mAdMG8cCFQYp7aYpv07zd-UP6Wv17cO1maEQhugJEst~Spck9h9ty-0gknPyDQbsBjvLeDKxnETnX963O9-aKLOiFv9Y9ga8wf-K7aEGz6nXTEJxrItLOWYYFXZrxma8bM5kbRfz2vaZbVyoLVQ1WcRfvgXCbjTpUqXDaMg3~YJAG6~~Wl8KWWYiU9fLhI2I0aCCo3s7oQpQ3s5bPCrWWIU~kjLMwAhgvKF8vZiYKfiiRL6yrAfredxcKkeBeJXEf1xBQHSMZhjDYRq8s4JGrL08~1CvD4TnKORauJ-G4UttO0Dtaz-fO5dQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 19 out. 2021.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/reben/a/FqwRMkLMrBkxqrnhsZF9k8F/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 2 out. 2021.

CLOTET, Joaquim. Por que bioética? **Revista bioética**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/474. Acesso em: 04 mar. 2022.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/abstract/?lang=pt. Acesso em: 04 mar. 2022.

DALLARI, Suli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de direito sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932. Acesso em: 12 out. 2021.

DALPIAZ, Ana K.; STEDILE, Nilva LR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital**, v. 5, 2011 .Disponível em: http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre_algumas_de_suas_premissas.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

DADALTO, Luciana; PIMENTEL, Willian. Direito à recusa de tratamento: análise da sentença proferida nos autos nº 201700242266–TJGO. **Revista Brasileira de Direito Civil-RBDCivil**, v. 15, n. 01, p. 159, 2018. Disponível em: https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/209. Acesso em: 15 abr. 2022.

DEMO, Pedro. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 6, p. 89-104, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/wSwfj7n6VCZJ4gShkMCFF9f/?lang=pt&format=pdf. Acesso em:18 set. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DINIZ, Maria Helena. **Código Civil Anotado**. São Paulo: Saraiva, 2010.

FELIX, Zirleide Carlos et al. O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 97-102. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yqfxhFNspxNMCTgfrxdXxTL/?lang=pt&format=html Acesso em: 05 mar. 2022.

FRANÇA, Genival Veloso. A devida compreensão dos direitos e deveres em ginecologia e obstetrícia. **Derecho y Cambio Social**, v. 9, n. 27, p. 22, 2012. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=FRAN%C3%87A%2C+Genival+Veloso.+A+devida+compreens%C3%A3o+dos+direitos+e+deveres+em+ginecologia+e+obstetr%C3%ADcia.+Derecho+y+Cambio+Social%2C+Peru%2C+pp.1-26%2C+2005+&btnG= Acesso em: 08 mar. 2022.

FRANKENA, William K. **Ética**. Trad de Leonidas Hegenberg e Octanny Silveira da Mota. 1975 Disponível em: https://www.faberj.edu.br/cfb-2015/downloads/biblioteca/etica/FRANKENA-William-K-Etica-2a-Ed-Rio-de-Janeiro-Zahar-Editores-1975.pdf. : Acesso em: 07 mar. 2022.

FRUTUOSO, Letícia Demarche; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, p. 909-917, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/shzQQDgbbg3pPcznDBs9SYD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 set. 2021.

GIL, Antônio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOSSNE, William Saad. Bioética–princípios ou referenciais? **O mundo da saúde**, v. 30, n. 4, p. 673-676, 2006. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=HOSSNE%2C+William+Saad.+Bio%C3%A9tica%E2%80%93princ%C3%ADpios+ou+referenciais%3F.+O+mundo+da+sa%C3%BAde%2C+v.+30%2C+n.+4%2C+p.+673-676%2C+2006.&btnG= Acesso em: 04 mar. 2022.

JUNGES, José Roque. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 106-110, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 04 mar. 2022.

LIMA, Andrei Ferreira de Araújo; MACHADO, Fernando Inglez de Souza. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**, v. 29, p. 44-54, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/zT5NXdXtJSfVFP9Z4wBqJ3p/?lang=pt&format=html. Acesso em: 05 mar. 2022.

NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Livraria do Advogado Editora, 2021. Disponivel em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=jYJWDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=direito+%C3%A0+saude&ots=Kltz_Jn20O&sig=hnEMOr41r_tLxjk2aANCW-O7jCs#v=onepage&q=direito%20%C3%A0%20saude&f=false. Acesso em:18 set. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed.-São Paulo: Atlas, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v13s1/a28v13s1.pdf Acesso em; 24 set. 2021.

MERIGHI, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007.Disponivel em: https://www.scielo.br/j/ape/a/v4wNH8PSykdFzRpbgvhzbZv/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2021.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **cadernos pagu**, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 abr. 2022.

REIS, Cíntia Pinho. Beneficência e Não-maleficência em Fim de Vida: O Caso da Nutrição e Hidratação Artificiais. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 57-76, 2019. Disponível em https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/47590. Acesso em: 05 mar. 2022.

RECKZIEGEL, Janaína; DA SILVA, Simone Tatiana. Limites das intervenções fetais: uma análise ética e jurisprudencial. **Revista Brasileira de Direito**, v. 14, n. 3, p. 98-118, 2018. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=678609. Acesso em: 02 abr. 2022.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, p. 482-491, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/RyZpqKYtmWm6CTPJfxPsJJq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 03 mar. 2022.

RESENDE, N. F. A amplitude da expressão saúde no marco normativo brasileiro. **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial. São Paulo: Atlas**, p. 222-236, 2010.
SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2021.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: **V Congresso Brasileiro de Direito de Família**. 2006. p. 273-283. Disponível em: https://ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/12.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES de, Bruno Torquato. Bioética e Biodireito**. Revista, atualizada e ampliada**. Editora Foco, 2021.Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=waEcEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=+S%C3%81,+Maria+de+F%C3%A1tima+Freire+de%3B+NAVES,+Bruno+Torquato+de+Oliveira.+Bio%C3%A9tica+e+Biodireito.+5+ed.+Indaiatuba,+SP:+Foco,+2021&ots=GauLwmvv_n&sig=vsO7u8we_AL0JddMM_yoPWgEtOg#v=onepage&q=S%C3%81%2C%20Maria%20de%20F%C3%A1tima%20Freire%20de%3B%20NAVES%2C%20Bruno%20Torquato%20de%20Oliveira.%20Bio%C3%A9t

ica%20e%20Biodireito.%205%20ed.%20Indaiatuba%2C%20SP%3A%20Foco%2C%202021&f=false. Acesso em 02 set. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. **Porto Alegre: Livraria do Advogado**, 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. Livraria do Advogado editora, 2021. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=+SARLET%2C+Ingo+Wolfgang.+A+efic%C3%A1cia+dos+direitos+fundamentais%3A+uma+teoria+geral+dos+direitos+fundamentais+na+perspectiva+constitucional.+Livraria+do+Advogado+editora%2C+2021&btnG=. Acesso em: 06 mar. 2022.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética**: I- fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996

SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 115, 2017. Disponível em: https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514 Acesso em: 05 mar. 2022.

SILVA, Henrique Batista. Beneficência e paternalismo médico. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 10, p. s419-s425, 2010.Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FPSjgw7STz35dnyhgYRpRcH/?lang=pt. Acesso em: 03 mar. 2022.

SILVA, José António Cordero. **Autonomia versus paternalismo médico**: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de medicina da UEPA. 2013.Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70573/2/29062.pdf. Acesso em 03 mar. 2022.

SOUZA, Jorge Munhós. Diálogo institucional e direito à saúde. 350 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/9534. Acesso em: 08 abr. 2022.

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. Direito à saúde: da (in) efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. **Revista de Direito Brasileira**, v. 1, n. 1, p. 77-99, 2011. Disponível em: https://indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2678. Acesso em 24 out. 2021.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil. Vol. 1: Lei de Introdução E Parte Geral**. 10. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Método, 2014.

VEATCH, Robert M. Bioética. Tradução Daniel Vieira; revisão técnica Gisele Joana Gobbeti. 3ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 365-369, 2008.Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/fmkLnLGLx3SmKBG3QrhNWky/?lang=pt&format=html. Acesso em: 16 out. 2021.

WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Gestão de serviços de saúde**: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 359-367, 2010.Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tjL33nNk9PBMzSjxyJKqSsy/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2021.