



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO

ANA LUÍZA BARROSO DE MELO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O PRISMA DA AUTONOMIA DA VONTADE DO
PACIENTE E DO CONSENTIMENTO INFORMADO E O SEU TRATAMENTO PELO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS**

BRASÍLIA

2020

ANA LUÍZA BARROSO DE MELO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O PRISMA DA AUTONOMIA DA VONTADE DO
PACIENTE E DO CONSENTIMENTO INFORMADO E O SEU TRATAMENTO PELO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial para a obtenção do título de
bacharela em Direito pela Universidade de Brasília
– UnB.

Orientador: Prof. Dr. João Costa Neto

BRASÍLIA

2020

ANA LUÍZA BARROSO DE MELO

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O PRISMA DA AUTONOMIA DA VONTADE DO
PACIENTE E DO CONSENTIMENTO INFORMADO E O SEU TRATAMENTO PELO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

Trabalho de conclusão de curso aprovado pela
seguinte banca examinadora.

Prof. Dr. João Costa Neto

Universidade de Brasília Orientador

Prof. Dr. Malthus Fonseca Galvão

Universidade de Brasília Examinador

Prof^ª Dr^ª Talita Tatiana Dias Rampin

Universidade de Brasília Examinadora

RESUMO

O presente trabalho corresponde a um estudo acerca da nova ética médica, consagrada nos principais manuais de bioética na Medicina, a qual é orientada pelo respeito à autonomia da vontade do paciente e pelas exigências de observância do consentimento informado. Buscou-se verificar se houve efetiva mudança do paradigma que outrora guiava a ação dos profissionais de saúde, denominado “hipocrático” (pois deriva do juramento de Hipócrates), no qual se conferia primazia aos princípios da beneficência e da não-maleficência, autorizando-se o médico a conduzir o tratamento da maneira que lhe aprouvesse, de acordo com os seus conhecimentos técnicos e com a sua consciência, sendo irrelevante a opinião do enfermo. Para tanto, foi selecionado o campo da obstetrícia, pois há um grande número de estudos e registros acerca do tratamento dispensado pelos médicos às gestantes, notadamente em razão dos esforços para combater a chamada “violência obstétrica”. Assim, encontrou-se, nesta seara, fonte profícua de relatos acerca da observância ou não do dever de respeitar a autonomia da mulher gestante na relação médico-paciente, os quais foram reputados suficientes à demonstração de como tem sido enxergado o novo paradigma da autonomia na prática médica. Foram aliadas a estas informações pesquisa e análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios acerca do tema, a fim de conhecer como eventuais desrespeitos à vontade da paciente têm sido enxergados pelo Poder Judiciário, uma vez que a Constituição Federal assegura os direitos fundamentais à dignidade humana, à liberdade e à saúde em seus artigos 1º, inciso III; 5º, *caput*, e 6º, sendo que estes bens jurídicos são de proteção imperativa. Ao final das pesquisas, foi sugerida uma possível solução aos problemas constatados, com fundamento no princípio da intervenção mínima do direito penal.

Palavras-chave: Ética Médica. Autonomia. Consentimento Informado. Violência obstétrica. Jurisprudência. Direito Penal.

ABSTRACT

The presente monography is a study about the new medical ethics that has been discussed in the main books about biomedical ethics, which is oriented on the patient's autonomy and on the informed consent. Its goal is to verify whether there has really been a change from the hippocratic paradigm (based on the Hippocratic oath), characterized by the principles of beneficence and non-maleficence, in which the physicians were authorized to choose the clinical treatment according to his own judgement and knowledge. Therefore, the patient's opinion was irrelevante at that time. For the purposes of this study, the medical specialty of obstetrics was chosen, since there is a huge amount of researches and records about the tratment dispensed to pregnant women by the medical doctors, specially because of the efforts to end "obstetric violence". Therefore, many reports of the observance or not of the duty to respect the pacient's autonomy were found, which contributed to clarify whether the new paradigm of autonomy is being observed or not in the daily routine of the doctors. This information was gathered with research on the Distrito Federal e Territórios Court of Justice's jurisprudence about the matter, in order to understand how the problem of disrespect of the patient's autonomy has been faced by Judicial Power, considering that it involves fundamental rights established in the Constitution that the Country is obligated to protect and grant. In the end of the research, a possible solution to the problems found was suggested, based in the criminal law principle of minimum intervention.

Keywords: Medical Ethics. Autonomy. Informed Consent. Obstetric Violence. Jurisprudence. Criminal Law.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. A ÉTICA HIPOCRÁTICA.....	9
1.1. A ética hipocrática no Código de Ética Médica.....	11
1.2. O paternalismo decorrente da ética hipocrática.....	13
1.3. A ética paternalista e a sua (in)compatibilidade com os direitos fundamentais do paciente.....	14
2. AUTONOMIA DO PACIENTE.....	18
2.1. A ética da autonomia e o consentimento informado.....	18
2.1.1. Panorama histórico.....	18
2.1.2. A ética da autonomia.....	21
2.1.3. O consentimento informado.....	24
3. A PRÁTICA MÉDICA NO PARADIGMA DA AUTONOMIA.....	26
3.1. Violência obstétrica.....	27
3.1.1. Aceleração do parto e exames de toque excessivamente frequentes.....	30
3.1.2. Episiotomia.....	33
3.1.3. Manobra de “Kristeller”.....	34
3.1.4. Cirurgias cesarianas.....	35
4. O TRATAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA JURISPRUDÊNCIA.....	44
4.1. A proteção insuficiente da tutela jurisdicional atual.....	54
4.2. Possível resposta ao problema.....	56
5. CONCLUSÕES.....	60

INTRODUÇÃO

O exercício profissional da medicina sempre foi tradicionalmente informado pela chamada ética hipocrática, derivada do juramento de Hipócrates, segundo a qual “a promoção da saúde do paciente é a lei suprema da medicina”¹. Assim, incumbiria ao médico promover a saúde e prolongar a vida do paciente a qualquer custo.

No referido juramento, não é possível vislumbrar qualquer menção à autonomia e ao consentimento do paciente, que são relegados a segundo plano, pois o médico é considerado como o único dotado dos conhecimentos técnicos hábeis a salvar-lhe a vida e a preservar-lhe a saúde.

A partir da segunda metade do século XX, porém, a ética da beneficência começou a ser questionada, tendo em vista a perplexidade da população mundial em relação aos crimes médicos praticados durante a Segunda Guerra Mundial pelos médicos nazistas. Naquela época, indivíduos que não eram desejados pelos governantes durante o Terceiro Reich foram utilizados em experimentos científicos desumanos, os quais interessavam à Alemanha em razão da guerra, como forma de auxiliar os soldados enfermos.

Após a descoberta desses crimes, os médicos que tiveram participação nas referidas atrocidades foram levados a julgamento em Nuremberg, na Alemanha, durante novembro de 1945 a outubro de 1946. Foi elaborado, então, o “Código de Nuremberg”, o qual firmou o entendimento de que o interesse da ciência não poderia se sobrepor à vontade do indivíduo, sendo absolutamente necessário o “consentimento voluntário” do paciente para a realização de qualquer experimento científico² (no original: “*The voluntary consent of the human subject is absolutely essential*”³).

Após esse evento, proliferaram-se discussões e estudos acerca da autonomia da vontade do paciente, afirmando-se, hodiernamente (isto é, no século XXI), que a ética hipocrática foi superada pela ética da autonomia, regida pelo respeito à liberdade do paciente de tomar as suas próprias decisões no que concerne à terapêutica medicinal.

De fato, é possível encontrar algumas orientações no Código de Ética Médica quanto à

¹SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 43.

²Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em: 05/10/2020.

³Nuremberg Code. Nuremberg Military Tribunals, 1947. Disponível em: <<https://www.ushmm.org/information/exhibitions/online-exhibitions/special-focus/doctors-trial/nuremberg-code>>. Acesso em: 05/10/2020.

necessidade de se colher o consentimento do paciente antes da realização de qualquer intervenção, sendo possível encontrar, ainda, a seguinte norma no artigo 15 do Código Civil Brasileiro: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Assim sendo, busca-se investigar, nas páginas que seguem, se a prática médica tem, de fato, acompanhado as atualizações mais recentes no que concerne à ética da profissão ou se a alegada superação do paradigma da beneficência, que coloca o médico e o paciente em posição de assimetria (aquele como detentor de conhecimentos técnicos salvíficos e este como mero receptor passivo do tratamento), é apenas retórica.

Considerando que o tema em questão é relativamente recente no Brasil, o que poderia dificultar os trabalhos de pesquisa, a revisão dos livros e artigos científicos que relatam o cotidiano dos pacientes na atualidade (os quais podem esclarecer se os médicos buscam respeitar a vontade destes) foram delimitadas à especialidade da obstetrícia, pois a literatura acerca do tema é bastante rica, o que pode ser atribuído, além do interesse pela área em si, à existência de questões de gênero a permearem o assunto (as quais se optou por não abordar na presente monografia).

Examinou-se, na sequência, acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, a fim de compreender de que maneira o problema da violação à autonomia das pacientes obstétricas é enfrentado (ou não) pelo Poder Judiciário, considerando que estão envolvidos nessa discussão importantes bens jurídicos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, a liberdade e a saúde, cuja tutela o Estado está obrigado a garantir, por força constitucional.

Por fim, sugeriu-se uma possível solução aos problemas verificados, com fundamento no princípio da intervenção mínima do direito penal.

1. A ÉTICA HIPOCRÁTICA

O desempenho da atividade médica tradicional é baseado na chamada “escola hipocrática”, que “fundou os alicerces da medicina racional e científica”⁴ e estabeleceu normas éticas de conduta a nortear o seu exercício profissional. Esclarece Rezende (2009) que a referida escola deu origem a 72 livros contemporâneos, cuja coleção é conhecida por *Corpus Hippocraticum*, sendo que sete deles abordam exclusivamente questões de ética médica, a saber, “Juramento, Da Lei, Da Arte, Da Antiga, Medicina, Da Conduta Honrada, Dos Preceitos, Do Médico (Castiglioni, 1931, p. 131)”⁵.

Dentre todos os livros destinados à ética médica, o “Juramento” tornou-se mais conhecido, o qual deveria “ser proferido por todos aqueles considerados aptos a exercer a medicina, no momento em que são aceitos como tal por seus pares e admitidos como novos membros da classe médica”⁶.

Constituem pilares desse juramento os princípios da beneficência e da não-maleficência, que impõem ao médico o dever de promover o bem do paciente e de evitar causar-lhe danos intencionais⁷, consoante se extrai de uma das traduções dos escritos originais mais consagradas, qual seja, a de Francis Adams, de 1849, transcrita na coleção *Harvard Classic*, vol. 38, de 1910⁸. Veja-se o inteiro teor do juramento:

“The oath by Hippocrates

I swear by Apollo the physician, and Aesculapius, and Health, and All-heal, and all the gods and goddesses, that, according to my ability and judgment, I will keep this Oath and this stipulation – to reckon him who taught me this Art equally dear to me as my parents, to share my substance with him, and relieve his necessities if required; to look upon his offspring in the same footing as my own brothers, and to teach them this art, if they shall wish to learn it, without fee or stipulation; and that by precept, lecture, and every other mode of instruction, I will impart a knowledge of the Art to my own sons, and those of my teachers, and to disciples bound by a stipulation and oath according to the law of medicine, but to none others. I will follow that system of regimen which, according to my ability and judgment, I consider for the benefit of my patients, and abstain from whatever is deleterious and mischievous. I will give no deadly medicine to any one if asked, nor suggest any such counsel; and in like manner I will not give to a woman a pessary to produce abortion. With purity and with

⁴ REZENDE, Joffree Marcondes de. O Juramento de Hipócrates. À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

⁷ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 43.

⁸ REZENDE, Joffree Marcondes de. O Juramento de Hipócrates. À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

holiness I will pass my life and practice my Art. I will not cut persons laboring under the stone, but will leave this to be done by men who are practitioners of this work. Into whatever houses I enter, I will go into them for the benefit of the sick, and will abstain from every voluntary act of mischief and corruption; and, further from the seduction of females or males, of freemen and slaves. Whatever, in connection with my professional practice or not, in connection with it, I see or hear, in the life of men, which ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret. While I continue to keep this Oath unviolated, may it be granted to me to enjoy life and the practice of the art, respected by all men, in all times! But should I trespass and violate this Oath, may the reverse be my lot.”⁹

Confira-se, também, a tradução em português (Bernardes de Oliveira, de 1981, com base na tradução de W. H. S. Jones, coleção “Loeb Classical Library”, 1923¹⁰):

Juramento de Hipócrates

Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higeia, por Panaceia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento: Considerar meu mestre nesta arte igual aos meus pais, fazê-lo participar dos meios de subsistência que dispuser, e, quando necessitado com ele dividir os meus recursos; considerar seus descendentes iguais aos meus irmãos; ensinar-lhes esta arte se desejarem aprender, sem honorários nem contratos; transmitir preceitos, instruções orais e todos outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e aos discípulos que se comprometerem e jurarem obedecer a Lei dos Médicos, porém, a mais ninguém. Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto. Em pureza e santidade guardar minha vida e minha arte. Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados. Nas casas em que ingressar apenas socorrer o doente, resguardando-me de fazer qualquer mal intencional, especialmente ato sexual com mulher ou homem, escravo ou livre. Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas considerar tais coisas como segredos sagrados. Então, se eu mantiver este juramento e não o quebrar, possa desfrutar honrarias na minha vida e na minha arte, entre todos os homens e por todo o tempo; porém, se transigir e cair em perjúrio, aconteça-me o contrário.

Os mencionados princípios são extraídos do trecho dos referidos escritos em que se afirma que a conduta médica será desempenhada de acordo com aquilo que o próprio médico, na medida das suas habilidades e do seu julgamento, considerar benéfico aos seus pacientes, abstendo-se ele de praticar aquilo que reputar deletério e pernicioso.

Observa-se, por conseguinte, que em nenhum momento o paciente participa da escolha do tratamento ao qual será submetido, estando ele na condição passiva de mero receptor da

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ *Ibidem.*

terapêutica administrada pelo médico segundo o seu “critério de julgamento profissional”¹¹.

Com efeito, consoante o paradigma hipocrático, o indivíduo a ser tratado é considerado vulnerável e incapaz de tomar decisões no âmbito da terapêutica medicinal e/ou determinar o destino do seu próprio corpo”¹², tendo em vista a fragilidade do seu estado de saúde. Ademais, a participação do paciente na decisão acerca do tratamento era considerada indesejada, pois se entendia que uma das funções do médico seria a de estimular que o “enfermo” confiasse na terapêutica, confiança esta que poderia ser mitigada a partir da revelação de eventuais dificuldades ou riscos¹³.

1.1. A ética hipocrática no Código de Ética Médica

Hodiernamente, a ética médica avançou no sentido de que o consentimento do paciente é imprescindível para a realização de qualquer intervenção. Tanto é assim que o Conselho Federal de Medicina estabeleceu, no Capítulo I (Princípios Fundamentais), inciso XXI, o dever do médico de, no processo de tomada de decisões profissionais, aceitar “as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”¹⁴. Também é possível encontrar mandamento semelhante no Capítulo IV (Direitos Humanos), artigo 24 do referido ato normativo, que preceitua ser vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”¹⁵

Apesar disso, ainda é possível observar um certo apego aos princípios hipocráticos da beneficência e da não-maleficência na medida em que se autoriza a prática de atos arbitrários

¹¹ BEIER, Mônica; IANOTTI, Giovano de Castro. O Paternalismo e o Juramento Hipocrático. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 1, dezembro de 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600017. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

¹² SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 44.

¹³ MURRAY, Peter M. *The History of Informed Consent. The Iowa Orthopaedic Journal*, vol. 10, 1990, p. 104-109. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328798/>, Acesso em: 20 de setembro de 2020.

¹⁴ Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 23/09/2020.

¹⁵ *Ibidem*.

(sem o consentimento do paciente ou contra a sua vontade) quando houver risco de morte. Esta é, inclusive, a redação dos artigos 22 e 31 do CEM, que proíbem o profissional de “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” e de “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”¹⁶, respectivamente.

Com efeito, discorrendo sobre o assunto, Genival Veloso de França afirma que essas disposições normativas se destinariam à “proteção do mais irrecusável de todos os direitos – o direito à vida”¹⁷, o qual se sobreporia ao direito à liberdade, que não pode ser tolerado “de maneira irresponsável”¹⁸, devendo, antes, ser exercido de acordo “com as exigências naturais impostas pelo grupo social”¹⁹.

Acrescenta o autor, ademais, que o direito à vida não seria apenas um direito, mas também um dever, que somente poderia ser violado “pelo fatalismo das leis biológicas”²⁰, pois o estado protegeria apenas a “liberdade responsável”, exercido de acordo com “um limite permitido pela lei”, e não “a liberdade natural de o homem fazer ou deixar de fazer o que não quer”²¹.

Por fim, esclarece ele ser legítimo o sacrifício da liberdade em prol da vida, “de maior interesse e significação”, da qual não poderia o homem dispor incondicionalmente, pois, além de ter o CEM eleito o “princípio da beneficência como hierarquia coerente acima do princípio da autonomia”, o direito à vida também seria reclamado por “um outro titular de direito – o estado –, para o qual o indivíduo não é apenas uma unidade demográfica, mas sobretudo um valor social e político”.

Da mesma forma, Adriana Maluf (2015, p. 379 *apud* Siqueira, 2019, p. 123) sustenta haver uma supremacia da vida humana e do princípio da beneficência em relação ao consentimento do paciente ou dos seus responsáveis, de modo que este poderia ser ignorado ou desrespeitado nos casos de risco de vida. Aduz a autora, ainda, que “a recusa de tratamento ou medicação revela um comportamento antiético, porque é da essência do ser humano conservar

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. Editora: Forense, 2019, p. 215.

¹⁸ *Ibidem*, p. 217.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ *Ibidem*.

e proteger a vida, que vem sempre em primeiro lugar, e sobrepõe-se por isso mesmo a qualquer outro direito fundamental...” (Maluf, 2015, p. 379 *apud* Siqueira, 2019, p. 123).

Utiliza-se como argumento de defesa da ética hipocrática, outrossim, a alegação de que existiria uma “tradição” de promover a cura do paciente, devendo-se visar sempre à preservação da vida e ao melhor interesse do enfermo²².

1.2. O paternalismo decorrente da ética hipocrática

A ética médica em que se atribui primazia aos princípios da beneficência e da não maleficência em detrimento do respeito à liberdade e à autonomia do paciente acaba por perpetuar um paternalismo indevido e incompatível com o Estado liberal²³.

O paternalismo pode ser definido, consoante esclarecem Beauchamp e Childress, como um governo exercido pelo patriarca²⁴. É a regulação de uma nação ou comunidade da mesma maneira que um pai sustentaria e educaria os seus filhos, isto é, visando ao seu bem-estar e ao seu melhor interesse²⁵.

Destarte, o paternalismo envolve uma interferência intencional na autonomia de um indivíduo com o fim de beneficiá-lo ou de prevenir danos²⁶, de modo que Brian Pollard o define como a usurpação do direito de decisão de um indivíduo por parte de alguém que crê entender melhor do assunto a ser deliberado²⁷.

Na medicina, o paternalismo se revela a partir da noção de que o médico, por possuir mais conhecimento do que o paciente acerca da arte médica, estaria numa posição de superioridade, sendo, por esse motivo, o único que reuniria melhores condições de determinar o procedimento adequado à promoção da saúde do indivíduo a ser tratado²⁸.

Desta forma, poderiam ser praticados atos coercitivos, como constranger o sujeito a se

²² MAPPES, Thomas A.; DEGRAZIA, David. *Biomedical Ethics*. Editora: McGraw-Hill, 1996, 4ª edição, p. 52.

²³ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 89.

²⁴ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Editora: Oxford University Press, 2019, 8ª edição, p. 169.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ POLLARD, Brian J. *Autonomy and Paternalism in Medicine*. *The Medical Journal of Australia*, vol. 159, 1996, p. 799. No original: “(...) there is agreement that it is the usurpation of decision making by one who thinks he or she knows better (...)”.

²⁸ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Editora: Oxford University Press, 2019, 8ª edição, p. 169.

submeter a uma intervenção indesejada, e atos mais sutis, como simplesmente ignorar a escolha e a vontade do paciente ou não lhe garantir o direito de escolher o tratamento/procedimento ao qual será submetido, ou, ainda, apresentando informações de forma desonesta (omitindo dados e manipulando argumentos, por exemplo), de forma a garantir que a opção do paciente estará em consonância com aquela desejada pelo médico²⁹.

Essas são, essencialmente, características do chamado “paternalismo duro” ou “paternalismo rígido” (no inglês, *hard paternalism*), o qual tem como objetivo proteger adultos competentes, contra a sua vontade, das consequências danosas que podem advir de decisões por eles tomadas voluntariamente³⁰. O paternalista duro, por exemplo, diria a um adulto capaz ou responsável: “proíbo que você coma um camarão empanado, porque isso faz mal à sua saúde”³¹.

Flávia Siqueira elenca três características do paternalismo rígido, tido por reprovável: a finalidade de promoção do bem ou a proteção do indivíduo afetado; o uso de coerção ou de qualquer outro meio que limite a liberdade do indivíduo e a indiferença quanto à vontade livre e informada do indivíduo afetado³².

Assim, a tradicional ética hipocrática, exposta no item 1.2., revela-se paternalista, “porque impõe ao médico um dever quase absoluto de promoção da vida e da saúde”³³, sendo estes valores preponderantes em relação a qualquer outro³⁴, de modo que este profissional estaria autorizado, inclusive, a valer-se de meios coercitivos para impor ao paciente o tratamento³⁵.

1.3. A ética médica paternalista e a sua (in)compatibilidade com os direitos fundamentais do paciente

O problema da ética hipocrática, que é essencialmente paternalista e que permanece a

²⁹ POLLARD, Brian J. *Autonomy and Paternalism in Medicine. The Medical Journal of Australia*, vol. 159, 1996, p. 799.

³⁰ FEINBERG, Joel. *Harm To Self: The Moral Limits of the Criminal Law*. Editora: Oxford University Press, 1986, p. 12.

³¹ GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da Saúde ou Respeito à Autonomia? Intervenção Cirúrgica, Exercício de Direito e Consentimento no Direito Penal Médico. Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Manuel da Costa Andrade. Editora: Instituto Jurídico FDUC, 2017, p. 649.

³² SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 51.

³³ *Ibidem*, p. 52.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

influenciar a prática médica nos dias atuais, conforme demonstrado alhures, é a sua evidente incompatibilidade “com o sistema de direitos fundamentais contemplado na Constituição brasileira de 1988”³⁶. Discorrendo sobre o tema, o Procurador Gustavo Bienenbojm esclareceu o seguinte:

“Erigida em bases liberais e democráticas, a Carta da República encontra no princípio da dignidade da pessoa humana o seu epicentro axiológico, que considera cada homem como um fim em si mesmo, titular de plena autonomia na sua vida privada. Releva de importância, aqui, o princípio liberal da soberania do indivíduo sobre sua vida, seu corpo e seu destino, desde que, no exercício de sua liberdade, não cause dano a outrem.”³⁷

Com efeito, a dignidade da pessoa humana constitui um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, consoante preconiza o artigo 1º, inciso III, da Carta Maior, funcionando como “fator de legitimação das ações estatais e vetor de interpretação da legislação em geral”³⁸. Assim, todos os indivíduos devem ser tratados como um fim em si mesmos, “consoante uma das enunciações do imperativo categórico kantiano”³⁹, de modo que “a vida de qualquer ser humano tem um valia intrínseca”⁴⁰. Dessa forma, “ninguém existe no mundo para atender os propósitos de outra pessoa ou para servir a metas coletivas da sociedade”⁴¹.

Ademais, a Constituição Federal também garante a todos os indivíduos o direito à liberdade, consagrando a máxima, no inciso II do artigo 5º, de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Semelhantemente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em seus artigos 1º, 3º e 18º, que: “todos os seres humanos nascem livres (...)”, “todo indivíduo tem direito (...) à liberdade” e que “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento”.

Especificamente sobre a ética médica, a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco prevê, no artigo 3º, “a”, a necessidade de que sejam respeitados “a

³⁶ BIENENBOJM, Gustavo. Parecer n. 9/2009. Procuradoria de Serviços Públicos. Rio de Janeiro, 8 de dezembro de 2009.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ BARROSO, Luis Roberto. Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais. Revista Ciência Jurídica, 2010, vol. 24, n. 153, p. 287-326, maio/jun. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>. Acesso em: 01/10/2020.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*, p. 8-9.

dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais” em sua totalidade⁴². Na alínea “b” do mesmo dispositivo, declara-se que “**os interesses** e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (grifo meu), estabelecendo-se, ainda, no artigo 5º, o dever de se respeitar “a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões”.

O direito à autonomia individual decorre do reconhecimento da dignidade humana e dá origem a uma “esfera inviolável de proteção à pessoa”⁴³. Um dos seus aspectos é a capacidade de autodeterminação, isto é, “o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a própria personalidade. Significa o poder de realizar as escolhas morais relevantes, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas”⁴⁴. Destarte, “decisões sobre a própria vida de uma pessoa, escolhas existenciais sobre religião, casamento, ocupações e outras opções personalíssimas que não violem direitos de terceiros não podem ser subtraídas do indivíduo, sob pena de se violar sua dignidade”⁴⁵.

Depreende-se de tudo isso que a liberdade e o livre desenvolvimento da personalidade constituem aspectos da dignidade humana⁴⁶, tendo esses direitos sido reconhecidos e declarados em importantes documentos de Direito Internacional e estando, ainda, assegurados pela Constituição Federal da República, na qual predomina a ideia de “dignidade como autonomia”⁴⁷ sobre a ideia de dignidade como heteronomia.

Por esse motivo, constitui direito do paciente o de “determinar autorresponsavelmente o seu próprio destino, relacionado a si e ao seu corpo, e, por conseguinte, a liberdade e o direito de escolher os tratamentos médicos a que deseja ou não se submeter”⁴⁸, não sendo possível limitar esses direitos fundamentais através de normas emitidas pelo Conselho Federal de Medicina, que “não produzem os mesmos efeitos vinculantes de uma lei”, já que sua elaboração não passa pelo processo legislativo democrático⁴⁹. Nem mesmo o Estado está autorizado a

⁴² UNESCO. Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por?posInSet=1&queryId=254da4ba-2c34-4a84-8748-3abe55b3114c. Acesso em: 05/10/2020.

⁴³ BARROSO, Luis Roberto. Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais. Revista Ciência Jurídica, 2010, vol. 24, n. 153, p. 287-326, maio/jun. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>. Acesso em: 01/10/2020.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 75.

⁴⁷ BARROSO, Luis Roberto, *op. cit.*

⁴⁸ SIQUEIRA, Flávia, *op. cit.*, p. 79.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 126.

estabelecer uma relação de preponderância entre a vida, a saúde e a liberdade, tendo em vista o reconhecimento constitucional da autonomia dos indivíduos, de modo que somente o paciente “poderá proceder à hierarquização de seus próprios valores e direitos individuais”⁵⁰.

Com efeito, o Estado não pode “anular integralmente a liberdade pessoal e a autonomia moral do indivíduo, vivendo sua vida para poupá-lo do risco”⁵¹, tampouco sendo permitido ao legislador elaborar normas incompatíveis com a Constituição, havendo limites para a restrição a direitos fundamentais⁵². Não é incorreto afirmar, destarte, que “somente a ética da autonomia possui legitimidade em nosso contexto constitucional e convencional”⁵³.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 128.

⁵¹ BARROSO, Luis Roberto. Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais. Revista Ciência Jurídica, 2010, vol. 24, n. 153, p. 287-326, maio/jun. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>. Acesso em: 01/10/2020.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Ibidem*, p. 130.

2. AUTONOMIA DO PACIENTE

2.1. A ética da autonomia e o consentimento informado

2.1.1. Panorama histórico

O termo “consentimento informado” foi empregado pela primeira vez na década de 1950⁵⁴, no caso *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees* (1957), julgado pela *California Court of Appeals*. Neste caso, o paciente (Martin Salgo) submeteu-se a um procedimento destinado ao tratamento de uma doença vascular, não tendo sido afirmado acerca dos riscos da intervenção, a qual culminou na paralisia dos seus membros inferiores. A Corte, ao examinar a questão, assentou que houve falha, por parte dos médicos, no dever de informar os riscos do procedimento e de oferecer alternativas terapêuticas⁵⁵.

Nada obstante, muito antes dessa data, em 1767, foi julgado, na Inglaterra, o caso *Slater v. Baker & Stapleton*, apontado como o “primeiro precedente histórico”⁵⁶ em que se reconheceu a importância do consentimento do paciente previamente à execução de um tratamento.⁵⁷ Narra-se que o paciente (*Slater*) contratou os médicos *Baker e Stapleton* para remover os curativos de uma fratura na perna, a qual já estaria parcialmente curada. Os profissionais, no entanto, com o fim de testar um tratamento inovador, fraturaram a perna do paciente mais uma vez, sem o seu consentimento⁵⁸. Diante dessa situação, os julgadores assentaram não ter sido correto efetuar o procedimento sem o consentimento do paciente, aduzindo, ainda, que este teria o direito de ser informado acerca do tratamento ao qual seria submetido⁵⁹.

Além desse, em 1894 a jurisprudência alemã, em importante julgado da Suprema Corte do Império Alemão, assentou que toda intervenção médica que afetasse a integridade física do paciente constituiria uma violência, mesmo que praticada de acordo com a *lege artis* e mesmo

⁵⁴ BEAUCHAMP, Tom L. *Informed Consent: Its History, Meaning and Present Challenges*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 20, outubro de 2011, p. 515-523.

⁵⁵ GREEN, Douglas. S. T.; MacKenzie, C. Ronald. *Nuances of Informed Consent: The Paradigm of Regional Anesthesia*. *HSS Journal*, vol. 3, fevereiro de 2007, p. 115-118. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504103/>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

⁵⁶ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 254.

⁵⁷ SHOKROLLAHI, Kayvan. *Request for Treatment: The Evolution of Consent*. *Annals of the Royal College of the Surgeons of England*, 2010, vol 92, n. 2, mar., p. 92-100. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025230/#b1>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

⁵⁸ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: Oxford University Press, 1986, p.116.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 117.

que melhorasse a saúde do paciente, somente sendo possível legitimá-la a partir do consentimento do sujeito a ser tratado⁶⁰.

Nos Estados Unidos, o reconhecimento do direito de escolha do indivíduo a ser submetido a tratamento médico foi pioneiramente reconhecido no caso *Schloendorff v. Society of New York Hospitals*, julgado pela *New York Court of Appeals* em 1914, “no qual o juiz Benjamin Cardozo faz a notável e esclarecida afirmação, considerada clássica pelos especialistas: ‘Todo ser humano em idade adulta e com capacidade mental normal tem o direito de determinar o que será feito no seu próprio corpo’”⁶².

Apesar da existência dos precedentes mencionados, as discussões acerca do consentimento do paciente somente ganharam força após a II Guerra Mundial, tendo em vista que, durante a guerra, foram realizados, predominantemente pela Alemanha nazista nos campos de concentração, diversos experimentos e pesquisas científicas abusivas em seres humanos.

Durante o julgamento dos médicos acusados de terem praticado referidos crimes, foi editado o Código de Nuremberg, de 1947, documento pioneiro no reconhecimento do direito à autonomia do paciente, por estabelecer expressamente a exigência de que o consentimento do indivíduo fosse colhido previamente à intervenção médica⁶³.

Naquela ocasião, firmou-se o entendimento de que o interesse científico não poderia se sobrepor à vontade do indivíduo, sendo absolutamente necessário o “consentimento voluntário” do paciente para a realização de qualquer experimento científico⁶⁴ (no original: “*The voluntary consent of the human subject is absolutely essential*”⁶⁵). Convém trazer à colação, pela sua importância, o inteiro teor do artigo 1º do Código de Nuremberg:

“1 O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou

⁶⁰ NEGRI, Stefania; TAUPITZ, Jochen; SALKIC, Amina; ZWICK, Anna. *Advanced Care Decision Making in Germany and Italy: A Comparative, European and International Law Perspective*. Editora: Springer, 2013, p. 165.

⁶¹ TAUPITZ, Jochen; SALKIC, Amina. *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care: Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Editora: Martinus Nijhoff Publishers, 2012, p. 334.

⁶² CLOTET, Joaquim. O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade. *Revista Bioética*, vol. 3, n.1, 1995. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430>. Acesso em: 06/10/2020.

⁶³ MANSON, Neil C.; O’NEILL, Onora. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Editora: Cambridge University Press, 2007, p. 3.

⁶⁴ Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em: 05/10/2020.

⁶⁵ Nuremberg Code. Nuremberg Military Tribunals, 1947. Disponível em: <<https://www.ushmm.org/information/exhibitions/online-exhibitions/special-focus/doctors-trial/nuremberg-code>>. Acesso em: 05/10/2020.

outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.”⁶⁶

Nada obstante, há um certo consenso entre estudiosos do tema no sentido de que, naquela época, a autonomia do indivíduo propriamente dita ainda não ocupava o cerne das preocupações relativas aos experimentos científicos^{67 68 69}. Antes, o objetivo em se afirmar a necessidade do colhimento do consentimento do paciente previamente à realização de qualquer intervenção era o de proteger a sua saúde e a sua vida – tendo em vista que muitos dos experimentos forçados praticados pela Alemanha Nazista expunham esses dois direitos humanos a sérios riscos –, evidenciando-se que o “modelo da beneficência” ainda não havia sido superado⁷⁰.

Tempos depois, em 1964, foi elaborada a “Declaração de Helsinque” pela *World Medical Association*, que tinha o objetivo de estabelecer princípios éticos para a pesquisa médica realizada em seres humanos. Nesta ocasião, reafirmou-se a necessidade do colhimento do consentimento “voluntário” do paciente, após o fornecimento de todas as explicações pertinentes ao experimento. No caso de incapacidade, assentou-se que o consentimento deveria ser fornecido pelo representante legal⁷¹.

Nos anos subsequentes, as discussões acerca do consentimento do paciente se intensificaram, tendo sido elaborados inúmeros artigos acerca do tema e sendo publicada, inclusive, uma Declaração de Direitos do Paciente pela *American Hospital Association* em 1973. Foram reconhecidos, nesta ocasião os direitos à obtenção de informações completas e

⁶⁶ Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em: 05/10/2020.

⁶⁷ MANSON, Neil C.; O’Neill, *op. cit.*, p. 4.

⁶⁸ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: *Oxford University Press*, 1986, p. 59.

⁶⁹ CLOTET, Joaquim. O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade. *Revista Bioética*, vol. 3, n.1, 1995. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430>. Acesso em: 06/10/2020.

⁷⁰ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: *Oxford University Press*, 1986, p. 59.

⁷¹ *Declaration of Helsinki -Ethical Principals for Medical Research Involving Human Subjects*. *World Medical Association*. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Acesso em: 06/10/2020.

atuais acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico em linguagem acessível e de informações “necessárias” para o consentimento informado antes da realização do procedimento ou tratamento. Acrescentou-se, ainda, que o paciente teria o direito de recusar tratamento nos limites do que fosse permitido pelas leis vigentes. Confira-se no original:

“The patient has the right to obtain from his physician complete current information concerning his diagnosis, treatment, and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand. ...

The patient has the right to receive from his physician information necessary to give informed consent prior to the start of any procedure and/or treatment. ...

The patient has the right to refuse treatment to the extent permitted by law and to be informed of the medical consequences of his action. ...

The patient has the right to obtain information as to any relationship of his hospital to other health care and educational institutions insofar as his care is concerned.”⁷²

Segundo Pellegrino, na segunda metade do século XX, também contribuíram para colocar a decisão do paciente em posição de destaque na ética médica, além dos julgamentos de Nuremberg e dos eventos já mencionados, o avanço mundial da democracia participativa, a desconfiança em relação às autoridades em geral, a expansão da educação pública, o movimento em prol dos direitos civis, e a introdução de questões relativas ao direito, à economia e ao comércio nas decisões médicas⁷³.

2.1.2. A ética da autonomia

A ética da autonomia tem como base o “princípio pós-hipocrático da autodeterminação e da autonomia do paciente”⁷⁴. Com efeito, o respeito pela autonomia do paciente constitui um dos pilares da ética pós-hipocrática e, segundo Faden e Beauchamp, advém da tradição liberal ocidental que atribui relevância às liberdades e escolhas individuais tanto na esfera política como na esfera privada, notadamente no campo do desenvolvimento da personalidade

⁷² FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: Oxford University Press, 1986, p. 94.

⁷³ PELLEGRINO, Edmund D. *La Relación entre La Autonomía y La Integridad en La Etica Medica*. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), 1990. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n\(5-6\)p379.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n(5-6)p379.pdf?sequence=1). Acesso em: 06/10/2020.

⁷⁴ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 53.

individual⁷⁵.

Os referidos autores esclarecem, ainda, que o termo “autonomia” tem origem na Grécia Antiga, sendo que *autos* significa “si mesmo” e *nomos*, “lei”. Assim, naquela época, a autonomia se referia à governança de si mesmo na pólis. Na Filosofia moral, porém, a autonomia diz respeito ao governo de si mesmo na esfera privada, pressupondo a inexistência de interferências externas na liberdade e na escolha individual⁷⁶.

Ainda no campo da Filosofia Moral, Pellegrino indica três autores que contribuíram grandemente para o desenvolvimento da ideia de autonomia individual: John Locke, Immanuel Kant e John Stuart Mill⁷⁷. No que pertine ao primeiro, o autor destaca a sua afirmação de que todos os homens seriam livres e iguais por natureza, nenhum tendo soberania sobre o outro (a menos que se estabeleça o contrário em um contrato social), aduzindo que, nesta ocasião, teria surgido a noção de direitos negativos, isto é, o direito individual a que terceiros não intervenham em seus assuntos particulares⁷⁸.

Com relação ao segundo, por sua vez, Pellegrino aponta algumas teses expostas sobretudo na obra “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”, de 1785, enfatizando a alegação de que a liberdade é idêntica à autonomia e de que esta é “o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”⁷⁹. Também se destacam as seguintes afirmações: “o homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade”⁸¹ e “O imperativo prático será pois o seguinte: Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”⁸².

O último autor, por fim, contribuiu para o desenvolvimento da ideia moderna de autonomia ao asserir, em sua obra “Ensaio Sobre a Liberdade”, que a única restrição à liberdade

⁷⁵ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: Oxford University Press, 1986, p.7.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ PELLEGRINO, Edmund D. *La Relación entre La Autonomía y La Integridad en La Ética Médica*. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 1990. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n\(5-6\)p379.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n(5-6)p379.pdf?sequence=1). Acesso em: 06/10/2020.

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Editora: Edições 70, 2007, p. 79.

⁸⁰ KANT, Immanuel. *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. Editora: Cambridge University Press, 1998, p. 43. Em inglês: “*Autonomy is therefore the ground of the dignity of human nature and of every rational nature.*”

⁸¹ KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Editora: Edições 70, 2007, p. 68.

⁸² *Ibidem*, p. 69.

seria o dano a terceiros (não servindo para limitar a liberdade individual, portanto, o dano a si próprio)⁸³.

Referidas concepções de autonomia, juntamente com a jurisprudência que foi se construindo mundialmente acerca do direito do paciente de interferir na prática médica (algumas das quais mencionadas no tópico 2.1) – sendo informado acerca do diagnóstico e do tratamento, escolhendo a terapêutica que lhe aprouver e consentindo com a intervenção – e com as crescentes discussões acerca desse tema (que se intensificaram na segunda metade do século XX), deram lugar ao paradigma da autonomia, segundo o qual o paciente, “em pleno uso de suas faculdades, tem o direito moral e legal de tomar suas próprias decisões, as quais se sobrepõem às decisões do médico e da própria família”⁸⁴.

Acerca do tema, Childress e Beauchamp esclarecem que “o indivíduo autônomo age do acordo com os seus próprios projetos, de forma análoga à maneira como um Estado independente administra os seus territórios e estabelece as suas normas”⁸⁵. Assim, os referidos autores fixaram três requisitos para a verificação da autonomia: voluntariedade, entendimento e ausência de controles externos e internos que determinem as ações do indivíduo⁸⁶.

A voluntariedade diz respeito à intenção de praticar o ato, ao passo que o entendimento se refere à capacidade de compreendê-lo. Algumas das condições que limitam o entendimento são enfermidades, deficiências cognitivas e falta de maturidade. A ausência de controles, por fim, pressupõe que inexista uma terceira pessoa que determinará as ações a serem tomadas pelo indivíduo e que inexistam “influências internas” que determinem as atitudes individuais (como as causadas por doenças mentais)⁸⁷.

Portanto, o respeito pela autonomia é o reconhecimento de que os indivíduos têm o direito de traçar os seus próprios objetivos e de ter as suas preferências, bem como de tomar decisões com base nisso e em valores e crenças particulares⁸⁸. Esse reconhecimento do direito à autonomia requer mais do que a obrigação negativa de abster-se de interferir nas decisões particulares do sujeito, incluindo também o dever (positivo) de criar condições (e esforçar-se

⁸³ PELLEGRINO, Edmund D. *La Relación entre La Autonomía y La Integridad en La Ética Médica*. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), 1990. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n\(5-6\)p379.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n(5-6)p379.pdf?sequence=1). Acesso em: 08/10/2020.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Editora: Oxford University Press, 7ª edição, 2013, p. 101.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 104.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 105.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 106.

para mantê-las) para que decisões efetivamente autônomas sejam tomadas⁸⁹, fornecendo informações acerca de outras possibilidades de tratamento, por exemplo. Assim, o desrespeito à autonomia individual, por sua vez, compreende atitudes no sentido de “ignorar, insultar, diminuir ou não atender”⁹⁰ ao direito à autonomia.

2.1.3. O consentimento informado

O consentimento informado se trata de uma doutrina referente à ética médica baseada no respeito ao princípio da autonomia e destinada a promover o direito dos pacientes à autodeterminação no que concerne ao tratamento médico⁹¹. É, ademais, um processo “interpessoal”, coparticipativo, a partir do qual médico e paciente interagem entre si a fim de escolherem o tratamento/procedimento mais adequado⁹².

Segundo o Comitê Nacional de Bioética da Itália, “o consentimento informado constitui a legitimação e o fundamento do ato médico”⁹³, envolvendo, ainda, nas palavras de Joaquim Clotet, “uma relação humana dialogante, o que elimina uma atitude arbitrária ou prepotente por parte do médico”⁹⁴, o qual deve reconhecer no paciente um “ser autônomo, livre e merecedor de respeito”⁹⁵.

Faden e Beauchamp identificaram na maior parte da literatura acerca do assunto cinco aspectos necessários para que o consentimento informado efetivamente se verifique: revelação de informações, compreensão, voluntariedade, competência e consentimento⁹⁶.

Dessa forma, a ação “A” (autorização do procedimento) terá sido praticada de acordo com as exigências do consentimento informado em relação à intervenção médica “I” somente se a pessoa “P”: 1. Se “P” é minuciosamente informado acerca da intervenção “I”; 2. Se “P” compreende devidamente as referidas informações; 3. Se “P” age voluntariamente; 4. Se “P”

⁸⁹ *Ibidem*, p. 107.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ BERG, Jessica W.; APPELBAUM, Paul S.; PARKER, Lisa S.; LIDZ, Charles W. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. Editora: Oxford Press, 2ª edição, 2001, p. 3.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ CLOTET, Joaquim. O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade. *Revista Bioética*, 1995, vol. 3, n. 1. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430. Acesso em: 16/10/2020.

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: Oxford University Press, 1986, p. 274.

tem competência para praticar a ação “A” (para autorizar o procedimento); 5. Se “P” consente com a intervenção “I”⁹⁷.

À vista disso, conclui-se que, no âmbito do consentimento informado, o paciente faz mais do que apenas aceitar a proposta do médico, o que sugere uma relação de submissão. Antes, ele “ativamente autoriza a proposta no ato do consentimento”⁹⁸, através de “uma relação de parceria e da construção compartilhada de decisões sobre a terapêutica”⁹⁹.

No que concerne à informação que deve ser transmitida ao paciente, entende-se que esta deve compreender: 1) o problema ou o diagnóstico em relação ao qual o médico sugere a realização de exames ou intervenções; 2) a descrição da intervenção recomendada, acompanhada da revelação da sua natureza¹⁰⁰, dos seus riscos e benefícios; 3) os resultados esperados ou o prognóstico e 4) as alternativas de tratamentos/intervenções/exames, bem como os seus riscos e benefícios¹⁰¹.

As únicas exceções ao dever de informar ocorrem nas hipóteses em que o paciente corre sério risco de morte caso a intervenção não seja imediatamente realizada (exceção em razão de emergência), em que o paciente renuncia voluntariamente ao direito de ser informado e autoriza o médico, de antemão, a proceder conforme o que considerar mais adequado (exceção em razão de renúncia) e em que houver fundado receio de que a informação causará sérios danos físicos ou psíquicos ao paciente (exceção do “privilégio terapêutico”)¹⁰².

⁹⁷ *Ibidem*, p. 275.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 278.

⁹⁹ ALBUQUERQUE, Aline; OLIVEIRA, Ana Luísa; LIMA, Andreia Katine; GUIMARÃES, Carolina; MAIA, Carolina; KARAJA, Diana; BORBA, Gabriel Vieira; SOUSA, Rachel. Violação aos Direitos dos Pacientes: Análise da Jurisprudência no Brasil. *Revista Direitos Fundamentais e Alteridade*, 2019, vol. 3, n.1. Disponível em: <<https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/553>>. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁰⁰ CLOTET, Joaquim. O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade. *Revista Bioética*, 1995, vol. 3, n. 1. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁰¹ WEAR, Stephen. *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*. Editora: Springer Netherlands, 1993, p. 6.

¹⁰² *Ibidem*.

3. A PRÁTICA MÉDICA NO PARADIGMA DA AUTONOMIA

Na prática médica, entretanto, observa-se que ainda não é conferida a devida importância ao direito do paciente à autonomia, pois os profissionais comumente enxergam o colhimento do consentimento do paciente como uma mera formalidade destinada a evitar eventuais problemas jurídicos^{103 104 105 106}, e não como um efetivo direito individual.

Assim, faz-se o paciente assinar um “termo de consentimento” a partir do qual o médico poderá comprovar que aquele consentiu com o procedimento executado, por vezes sem que sejam fornecidas quaisquer explicações adicionais, não se importando o profissional em se certificar de que o indivíduo efetivamente compreendeu as informações necessárias a que seja proferido um consentimento válido¹⁰⁷.

Nesses casos, é inexistente um dos quatro requisitos do consentimento válido (fornecimento de informações, voluntariedade, compreensão e consentimento¹⁰⁸), a saber, a compreensão.

Estudo realizado por dois professores doutores da Universidade Estadual de São Paulo em hospital universitário concluiu que a maioria dos participantes, os quais também vinham participando de um experimento científico (ensaios clínicos ambulatoriais) destinado ao tratamento da hipertensão e doença arterial coronária, “apresentou relativa falta de compreensão do termo de consentimento”¹⁰⁹ e do objetivo do experimento ao qual foram submetidos. Um dos fatores que ocasionaram essa falta de compreensão foi a incompatibilidade do nível de

¹⁰³ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 111.

¹⁰⁴ CASTRO, Carolina Fernandes de. QUINTANA, Alberto Manuel. OLESIAK, Luísa da Rosa. MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde. *Revista Bioética*, 28ª edição, n.3, 2020, p. 522-530. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2213. Acesso em: 08/10/2020.

¹⁰⁵ FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: Oxford University Press, 1986, p.83.

¹⁰⁶ COY, Janet A. *Autonomy-Based Informed Consent: Ethical Implications for Patient Noncompliance*. *Physical Therapy*, 1989, vol. 69, n. 10, p. 826-833.

¹⁰⁷ OGLOFF, James R. P.; OTTO, Randy K. *Are Research Participants Truly Informed? Readability of informed consent forms used in research*. *Ethics and Behavior*, vol. 34, n. 2, 1991, p.239-252.

¹⁰⁸ MIRANDA, Vanessa da Costa; FÉDEL, Ângelo Bezerra de Souza; LERA, Andréa Thaumaturgo; UEDA, Aline; ANTONANGELO, Daniela Veiga; BRUNETTI, Karina; RIECHELMANN, Rachel; DEL GIGLIO, Auro. Como Consentir Sem Entender?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 55, n. 3, 2009, p. 328-334. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a28.pdf>. Acesso em: 08/10/2020.

¹⁰⁹ MENEGUIN, Silmara; AYRES, Jairo Aparecido. Percepção do Termo de Consentimento pelos Participantes de Ensaio Clínicos. *Investigación y Educación em Enfermería*, vol. 32, n.1, janeiro/abril de 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08/10/2020.

escolaridade dos pacientes com a linguagem utilizada na elaboração do termo de consentimento.

Pesquisa realizada no Centro de Estudos em Hematologia e Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC e publicada na Revista da Associação Médica Brasileira apontou que, para que a linguagem escrita nos termos de compromisso livre e esclarecido elaborados nesta instituição fossem bem compreendidos, seria necessário que os pacientes tivessem “aproximadamente 18 anos de estudo”¹¹⁰, grau de escolaridade este que é incompatível com o da população brasileira, “em que mais de 50% tem menos de oito anos de estudos”¹¹¹. Afirmou-se, ainda, que os termos de consentimento “vêm se tornando cada vez mais incompreensíveis, longos e não-informativos”¹¹².

Foram obtidos resultados semelhantes em outros estudos em que se buscou investigar o nível de dificuldade dos termos de compromisso, tanto nacional como internacionalmente. Em trabalho de pesquisa empreendido por James Ogloff e Randy Otto em um hospital universitário dos Estados Unidos, por exemplo, concluiu-se que seriam necessários cerca de 11 anos de estudos para que um adulto compreendesse devidamente o termo de compromisso referente à participação em uma pesquisa médico-científica¹¹³.

Estudiosos apontam, assim, que são necessários entre 8 e 17 anos de estudo para compreender bem um termo de consentimento livre e esclarecido¹¹⁴, o que evidencia a fragilidade dos esforços dos médicos em obterem o consentimento válido, em desrespeito ao direito à autonomia do paciente.

3.1. Violência Obstétrica

No campo da obstetrícia, a desconsideração pelo direito à autonomia do paciente é ainda

¹¹⁰ MIRANDA, Vanessa da Costa; FÊDEL, Ângelo Bezerra de Souza; LERA, Andréa Thaumaturgo; UEDA, Aline; ANTONANGELO, Daniela Veiga; BRUNETTI, Karina; RIECHELMANN, Rachel; DEL GIGLIO, Auro. Como Consentir Sem Entender?. Revista da Associação Médica Brasileira, vl. 55, n. 3, 2009, p. 328-334. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a28.pdf>. Acesso em: 08/10/2020.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ OGLOFF, James R. P.; OTTO, Randy K. *Are Research Participants Truly Informed? Readability of informed consent forms used in research*. Ethics and Behavior, vol. 34, n. 2, 1991, p.239-252.

¹¹⁴ MIRANDA, Vanessa da Costa; FÊDEL, Ângelo Bezerra de Souza; LERA, Andréa Thaumaturgo; UEDA, Aline; ANTONANGELO, Daniela Veiga; BRUNETTI, Karina; RIECHELMANN, Rachel; DEL GIGLIO, Auro. Como Consentir Sem Entender?. Revista da Associação Médica Brasileira, vl. 55, n. 3, 2009, p. 328-334. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a28.pdf>. Acesso em: 08/10/2020.

mais evidente, sendo também mais documentada por pesquisadores em comparação com outras áreas da medicina, tendo sido criado, inclusive, um termo para designá-la: violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser definida como a “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”¹¹⁵, o que resulta na “perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”¹¹⁶.

A Fundação Perseu Abramo também elaborou uma definição da violência obstétrica, que, pela sua importância, convém reproduzir: “qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências”¹¹⁷.

Segundo pesquisa realizada pela mesma instituição (Fundação Perseu Abramo) em parceria como SESC, são vítimas desse tipo de violação aos direitos individuais uma em cada quatro mulheres no Brasil¹¹⁸, constituindo prática comum nos hospitais que fornecem atendimento obstétrico no País (sejam eles públicos ou privados) a realização de procedimentos não autorizados pelas gestantes, isto é, em que os profissionais não se importaram em colher o consentimento da parturiente, nem em informá-la acerca da intervenção a ser praticada^{119 120 121}.

¹¹⁵ GALLOTTE, Michelle da Silva. Violência Obstétrica, Normas de Proteção à Parturiente e Eficácia no Direito Brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 1-93. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/6753>. Acesso em: 18/09/2020.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. 25 mar. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 08/10/2020.

¹¹⁸ Fundação Perseu Abramo. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. Agosto 2010 Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra0.pdf>. Acesso em: 09/10/2020.

¹¹⁹ Fundação Perseu Abramo. Violência no Parto: Na Hora de Fazer não Gritou. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 09/10/2020.

¹²⁰ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

¹²¹ HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A Formação em Obstetrícia: Competência e Cuidado na Atenção ao Parto, p. 7 e 276. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo,

À vista disso, foi publicada pelo Ministério da Saúde, em 2001, uma cartilha com orientações à promoção da humanização do parto¹²² e ao desestímulo à violência obstétrica¹²³ na qual se elencou as seguintes práticas como “claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”:

“2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

2.1 - Uso rotineiro do enema.

2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.

2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.

2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.

2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

2.6 - Exame retal.

2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.

2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.

2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.

2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.

2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.

2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.

2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.

2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.

2.16 - Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.

2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 09/10/2020.

¹²² Adota-se como definição de parto humanizado aquela preconizada pelo Ministério da Saúde no “Programa de Humanização do Parto” (2002), enfatizando-se, apenas, o dever de respeitar a autonomia da vontade da gestante. Assim, o parto humanizado é aquele em que se respeita a autonomia da vontade da gestante e as exigências do consentimento informado, em que a mulher, seus familiares e o recém-nascido são tratados com dignidade (isto é, em que há uma “atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e uma organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher”) em que são adotados “procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos”.

Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 14/12/2020.

¹²³ Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

- 2.17 - Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
- 2.18 - Manobra de *Kristeller* ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
- 2.19 - Prática liberal de cesariana.
- 2.20 - Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais
- 2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento”¹²⁴

Considerando que algumas delas continuam a ser praticadas no País rotineiramente, frequentemente sem que tenham sido observados os requisitos do consentimento informado, resultando, assim, na violação à autonomia da gestante, convém descrevê-las a seguir, apontando-se, quando possível, a proporção de mulheres violentadas, a fim de evidenciar a gravidade e a frequência das ofensas à autonomia da paciente na prática médica atual, na qual supostamente vigora o “paradigma da autonomia”.

3.1.1. Aceleração do parto e exames de toque excessivamente frequentes

Com efeito, “a aceleração do parto é uma conduta comum no Brasil e [...] também de um meio de diminuir o tempo de atendimento da mulher”¹²⁵, sobretudo em razão da falta de leitos hospitalares que acomete principalmente os hospitais públicos (mas que também pode ocorrer em hospitais privados)¹²⁶ e em razão da necessidade de alguns profissionais de saúde de reduzir o número de pacientes durante o final do seu plantão. Segundo estudo realizado a nível nacional por Leal *et. al.*, foi utilizada ocitocina como forma de indução do parto em cerca de 40% das mulheres entrevistadas¹²⁷.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 188.

¹²⁵ GALLOTTE, Michelle da Silva. Violência Obstétrica, Normas de Proteção à Parturiente e Eficácia no Direito Brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 1-93. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/6753>. Acesso em: 18/09/2020.

¹²⁶ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91. Disponível em: https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20E2%80%9D%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

¹²⁷ LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira. Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 30, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005>. Acesso em: 14/10/2020.

Para que haja a aceleração artificial do parto, é administrado o hormônio “ocitocina” às parturientes, que intensifica grandemente as dores por elas suportadas, geralmente sem o consentimento das mesmas e sem que lhes seja explicado o motivo da intervenção. Esse procedimento exige, para que a aceleração do parto de fato ocorra, a realização de diversas outras intervenções igualmente não consentidas e desacompanhadas de quaisquer explicações à gestante (“cascata de intervenções”¹²⁸), como a administração de várias outras substâncias, que provocam o rompimento artificial de membranas antes ou durante o parto¹²⁹. Acerca do tema, confira-se relato de profissionais da saúde registrado em trabalho de Diniz e Chacham sobre a violência obstétrica:

“Deixar a mulher em trabalho de parto durante muito tempo num leito é uma perda de espaço e limita o número de casos que podem ser atendidos. Por isso induzem todos os partos.’

Médico residente, São Paulo

‘Eu comparo isto a um canteiro de obras: não se pode parar. Não dá para ir pelo livro, nem esperar a natureza agir. Eu boto todo mundo na ocitocina.’

Ginecologista e obstetra, Rio de Janeiro”¹³⁰

Convém trazer à colação, ainda, para demonstrar a magnitude do desprezo pela autonomia das pacientes – ainda bastante presente no País –, relatos da prática ora descrita (aceleração do parto sem o consentimento da gestante a partir da administração da ocitocina), bem como de um exame de toque “coletivo”, realizado por um médico acompanhado de um grupo de estudantes, em uma gestante sem a sua autorização:

“A enfermeira disse que, como eu estava ‘quase lá’, ela colocaria o ‘sorinho’ em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. **Eu disse NÃO. Ela não deu importância.** Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta.’

Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo-SP”¹³¹

¹²⁸ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20%20%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20e%20%20%20E2%80%9D.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 138. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento.>>. Acesso em: 12/10/2020.

“Fui para o tal hospital do convênio já em trabalho de parto.

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

Cerca de uma hora depois, me colocaram em uma sala com várias mulheres. Quando uma gritava, a enfermeira dizia: “pare de gritar, você está incomodando as outras mães, não faça escândalo”. Se eu posso considerar que tive alguma sorte neste momento, foi o de terem me esquecido no fim da sala, pois **não me colocaram o soro com ocitocina sintética que acelera o parto e aumenta as contrações, intensificando muito a dor. Hoje eu sei que se tivessem feito, provavelmente eu teria implorado por uma cesariana, como a grande maioria das mulheres.**”¹³² (negritei)

No que pertine ao exame de toque, por sua vez, a Organização Mundial da Saúde recomenda que ele seja realizado a cada quatro horas¹³³. Todavia, pesquisa realizada em maternidades da rede pública e da rede privada do município do Rio de Janeiro constatou que o procedimento foi realizado em pacientes em intervalos de tempo menores do que o recomendado pela OMS, havendo um “número excessivo de exames vaginais”¹³⁴ (por vezes bastante dolorosos), com o único objetivo de demonstrar o procedimento a estudantes de medicina, sem o consentimento das gestantes¹³⁵, as quais “reportaram grande incômodo com o excesso de toques vaginais e sentiram-se invadidas na sua privacidade, na medida em que diferentes médicos o realizaram”¹³⁶.

¹³² DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

¹³³ D’ORSI, Eleonora; CHOR, Dóra; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antônia; BARBOSA, Gisele Peixoto; GAMA, Andrea de Souza; REIS, Ana Cristina; HARTZ, Zulmira. Qualidade da Atenção ao Parto em Maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2005.v39n4/645-654/>. Acesso em: 12/10/2020.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ibidem*.

3.1.2. Episiotomia

Ademais, também é rotineiramente realizada nas pacientes (em cerca de 94% dos partos normais no Brasil^{137 138 139}) a “episiotomia”, uma cirurgia na vulva a partir da qual é cortada a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia¹⁴⁰.

O procedimento, apesar de afetar diversas estruturas do períneo (“como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris”¹⁴¹), é comumente praticado “sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos”¹⁴², tampouco sendo informado à parturiente as possibilidades alternativas de tratamento. Importante ressaltar, ainda, que a Organização Mundial da Saúde rechaça a realização rotineira dessa cirurgia¹⁴³, que somente deve ocorrer em 10-15% dos partos normais. Veja-se os seguintes relatos com relação ao tema:

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. **Quem manda aqui sou eu.**’

Danielle Moura, que procurou informações sobre episiotomia durante a gestação, que decidiu por não se submeter ao procedimento e **comunicou ao médico sobre a decisão**. Atendida através de plano de saúde em Belém-PA

‘Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘**Quem manda aqui sou eu**’. Logo em seguida, **foi feita uma episiotomia sem aviso**. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.’

¹³⁷ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 81. Disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento.>>. Acesso em: 12/10/2020.

¹³⁸ COSTA, Marta Lima; PINHEIRO, Nathan Miller; SANTOS, Luiz Fernandes Pires; COSTA, Stella Alynny Aquino; FERNANDES, Andressa Mônica Gomes. Episiotomia no Parto Normal: Incidência e Complicações. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, vol. 13, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655>>. Acesso em: 12/10/2020.

¹³⁹ ALTHABE, Fernando; BELIZÁN, José M.; BERGEL, Eduardo. *Episiothomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Base Descriptive Study*. BMJ, vol. 324, abril de 2002, p. 945-946. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC102327/#:~:text=If%20a%20rate%20of%2092,per%20year%20receive%20an%20episiotomy.>>. Acesso em: 12/10/2020.

¹⁴⁰ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 80. Disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento.>>. Acesso em: 12/10/2020.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ World Health Organization. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>. Acesso em: 12/10/2020.

3.1.3. Manobra de “Kristeller”

Outra prática frequentemente empregada nas gestantes sem a sua autorização¹⁴⁵ e sem o fornecimento de informações acerca da sua necessidade e de procedimentos alternativos é a “manobra de Kristeller”¹⁴⁶, caracterizada pelo uso de força manual no abdômen da parturiente para estimular a saída do feto, havendo relatos de casos em que mais de uma pessoa subiu “em cima da paciente”¹⁴⁷ para desempenhá-la.

Segundo estudo realizado a nível nacional, a referida manobra, sabidamente proscrita¹⁴⁸, foi praticada em 37% das mulheres brasileiras que tiveram parto vaginal¹⁴⁹, apesar de inexistirem evidências científicas da utilidade do procedimento, que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos ao útero, períneo e feto¹⁵⁰, assim como trauma das

¹⁴⁴ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 83. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento.>

¹⁴⁵ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 09/10/2020.

¹⁴⁶ ZORZAM, Bianca; SENA, Lígia Moreira; FRANZON, Ana Carolina Arruda; BRUM, Kalu. Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M&ab_channel=ArmandoLidiaque>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

¹⁴⁷ DE AGUIAR, Janaina Marques. Violência Institucional em Maternidades Públicas: Hostilidade ao Invés de Acolhimento como uma Questão de Gênero, p. 125. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira. Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. Cadernos de Saúde Pública, vol. 30, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

¹⁵⁰ D’ORSI, Eleonora; CHOR, Dóra; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antônia; BARBOSA, Gisele Peixoto; GAMA, Andrea de Souza; REIS, Ana Cristina; HARTZ, Zulmira. Qualidade da Atenção ao Parto em Maternidades do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública, vol. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2005.v39n4/645-654/>>. Acesso em: 14/10/2020.

vísceras abdominais e descolamento da placenta¹⁵¹. Confira-se o relato de uma enfermeira asseverando que a manobra ainda é bastante praticada em maternidades:

“ainda alguns a gente usa manobras de *Kristeller*, **apesar dela ser proibida**, alguns casos que realmente necessitam a gente faz, mas realmente ela é proibida aqui no Brasil (...) ela é proibida (mas ainda se faz? [pergunta da entrevistadora]) se faz, em qualquer hospital. (A manobra de *Kristeller* é você empurrar por cima?) é, pra baixo com toda força, entendeu, **não é você da aquele empurrãozinho, é o empurrão!** É você pressionar o estomago, é você fazer força pela paciente. (...) eu não consigo fazer, por que eu não tenho força suficiente, é geralmente quem faz mais é homem, quem empurra ou uma mulher que tem muita força. Eu já tentei e não consegui, em uma emergência você acaba fazendo, não vou falar que não, hospital público, hospital particular, exceto paciente que tenha cesárea anterior, que a gente não faz, não faz de maneira nenhuma. (...) Todo mundo fala ‘ah, mas não se usa mais’ usa-se sim, em todos os hospitais, particular, público, qualquer hospital se precisar usa’. (E4)”¹⁵² (grifos meus)

3.1.4. Cirurgias Cesarianas

É cediço que “a via natural e desejável para o parto é a via vaginal”¹⁵³, pois, “ainda que a operação cesariana tenha reconhecido valor para salvaguardar a saúde da mãe e do recém-nascido”¹⁵⁴, o seu uso indiscriminado “expõe desnecessariamente a mulher aos desfechos adversos do procedimento, com risco aumentado de morbidade e mortalidade”¹⁵⁵.

Em verdade, a realização da cesárea, além de incrementar as chances de mortalidade e morbidade materna, também aumenta a probabilidade de que as mulheres a ela submetidas sofram futuras gestações de risco, com possibilidade de ruptura uterina, fazendo-se necessárias mais consultas pré-natais, e de que se tornem inférteis¹⁵⁶. Ademais, a referida cirurgia também

¹⁵¹ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, p. 103. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁵² DE AGUIAR, Janáina Marques. Violência Institucional em Maternidades Públicas: Hostilidade ao Invés de Acolhimento como uma Questão de Gênero, p. 114. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

¹⁵³ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesárias no Brasil. Revista Saúde & Transformação Social, 2011, vol. 2, n.3. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁵⁴ FREITAS, Paulo Fontoura; MOREIRA, Bianca Carvalho; MANOEL, André Luciano; BOTURA, Ana Clara de Albuquerque. O Parecer do Conselho Federal de Medicina, o Incentivo à Remuneração ao Parto e as Taxas de Cesariana no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2015, vol. 31, n. 9. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n9/1839-1855/pt>>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ DE MUYLDER, Xavier. *Cesarian Sections in Developing Countries: Some Considerations. Health Policy and Planning*, 1993, vol. 8, n. 2, p. 101-112.

umenta os riscos de morbidade neonatal, como problemas neurológicos¹⁵⁷, prematuridade iatrogênica (isto é, prematuridade causada por procedimento médico; no caso, pela cesárea) e síndrome da angústia respiratória, que ocorre nos casos em que os pulmões do concepto ainda não estão totalmente desenvolvidos no momento do parto por cesariana¹⁵⁸.

Por esses motivos, a Organização Mundial da Saúde elaborou recomendação em que se preconiza a redução das taxas de cesarianas, tendo-se adotado a porcentagem máxima de 15% de ocorrência desse tipo de cirurgia como patamar aceitável em cada país. O procedimento, portanto, só deve ser praticado “quando houver uma indicação médica formal, um risco de morte ou de sérios danos para a saúde da mãe, da criança ou de ambos. De outro modo, será uma substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas”¹⁵⁹.

Entretanto, números divulgados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos¹⁶⁰ indicam que a taxa de cirurgias cesarianas no País foi de 55% em 2018.

A justificativa comumente dada pelos médicos para explicar esses números é a de que as próprias gestantes preferem se submeter à cirurgia cesariana (às vezes em razão do receio das dores do parto e de que o alargamento do canal vaginal pela passagem do bebê comprometa as suas relações sexuais).¹⁶¹

Todavia, importante estudo realizado no Brasil pela pesquisadora americana Kristine Hopkins demonstrou o oposto do afirmado pelos médicos. Dentre as mulheres brasileiras (primíparas) por ela entrevistadas que foram submetidas à cirurgia cesariana em hospitais da rede privada, 72% afirmaram que desejavam, na verdade, o parto normal¹⁶². Em hospitais da rede pública, o número foi ainda maior: 80% das primíparas cujo parto ocorreu por cirurgia cesariana almejavam o parto vaginal.

Outra pesquisa realizada no Brasil apenas em usuárias do Sistema Único de Saúde

¹⁵⁷ MELLO E SOUZA, Cecilia de. *C-Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patient's Rights in Brazil*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1994, vol. 3, n. 3, p. 358-366.

¹⁵⁸ *Ibidem*.

¹⁵⁹ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesárias no Brasil. *Revista Saúde & Transformação Social*, 2011, vol. 2, n.3. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁶⁰ Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁶¹ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?*. *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁶² *Ibidem*.

chegou a conclusões semelhantes: “É frequente, em nosso sistema de saúde, a realização de parto cirúrgico sob alegação de ser este o desejo da parturiente. Entre as mulheres que participaram de nosso estudo, a explicitação da preferência pela cesariana não preponderou”.¹⁶³

Além disso, indagadas (no estudo de Hopkins) acerca da veracidade da afirmação de que a capacidade da mulher de “dar prazer” ao parceiro seria reduzida após o parto normal, 70% das gestantes atendidas pela rede pública discordaram dessa assertiva, ao passo que, na rede privada, 80% das parturientes discordaram.

Semelhantemente, questionou-se se o parto normal prejudicaria a capacidade da mulher de sentir prazer, ao que apenas 21% das mulheres atendidas pela rede pública e 4% das atendidas pela rede privada responderam afirmativamente.

Conquanto a maioria das entrevistadas tenham concordado com a afirmação de que o parto vaginal é mais doloroso do que o parto cesáreo (67% na rede pública e 66% na rede privada), isso não leva à conclusão, como sugeriram os médicos, de que as mulheres desejam o parto através da cirurgia cesariana como forma de evitar as referidas dores¹⁶⁴. Em verdade, as entrevistadas aduziram que o parto vaginal somente é doloroso “na hora”¹⁶⁵, a grande maioria delas, inclusive, concordaram com a alegação de a cesariana também causaria “dores consideráveis” após a conclusão da operação (81% na rede pública e 72% na rede privada).

Importante mencionar, ainda, que apenas 22% das mulheres atendidas em hospitais públicos concordaram com a afirmação de que a cesariana é mais segura para o bebê (alegação esta que também é comumente usada pelos médicos para justificar os altos números de cesarianas), acompanhadas de 30% das entrevistadas atendidas em hospitais particulares.

Cecília de Mello e Souza, abordando a mesma questão em pesquisa realizada no Brasil na década de 1980, afirmou que “muitas mulheres ficaram desapontadas com o fato de serem submetidas a uma cirurgia cesariana (pois desejavam o parto vaginal), mas aceitaram a justificativa fornecida pelos médicos para a realização da intervenção”¹⁶⁶.

¹⁶³ HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O Parto Como Eu Vejo... Ou Como Eu o Desejo? Expectativas de Gestantes, Usuárias do SUS, Acerca do Parto e da Assistência Obstétrica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, vol. 18, n. 5, set-out., p. 1.303-1.311. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2002.v18n5/1303-1311/pt>. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁶⁴ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?*. Social Science and Medicine, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ MELLO E SOUZA, Cecilia de. *C-Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patient's Rights in Brazil*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1994, vol. 3, n. 3, p. 358-366.

A autora destacou, ainda, que aproximadamente 2/3 (dois terços) das cesarianas por ela investigadas foram justificadas na “falta de dilatação suficiente”, o que, após cerca de 4 a 6 horas de trabalho de parto, supostamente indicaria, na visão dos médicos que as empreenderam, sofrimento fetal. Contudo, prossegue ela esclarecendo que a média de duração de um parto vaginal no caso de primíparas é de 18 horas, de modo que a explicação apresentada pelos médicos não se justificaria.

O Dossiê elaborado pela “Rede Parto do Princípio” para a CPMI da Violência Contra as Mulheres registrou relato semelhante, ocorrido em 1993, segundo o qual após apenas 4 horas de trabalho de parto normal, o médico comunicou à paciente que a cesariana seria necessária, pois a dilatação supostamente estagnara¹⁶⁷. Nesse caso, porém, a gestante somente não foi submetida à cirurgia por desejar muito o parto vaginal e insistir com o médico para que não fosse realizada a cesariana, chegando ao ponto de solicitar-lhe a administração de ocitocina como forma de acelerar a dilatação.

Cecília de Mello prossegue afirmando que outra justificativa bastante comum para a realização da cesárea é a de que o concepto seria muito grande para o canal vaginal. Porém, “as reais dificuldades para que um bebê considerado grande passe pelo canal vaginal somente podem ser aferidas quando o trabalho de parto efetivamente começar”¹⁶⁸. Kristine Hopkins também registrou, em seu artigo, a mesma situação.¹⁶⁹

Em verdade, os resultados de uma revisão sistemática acerca do assunto revelaram que “apenas uma minoria de mulheres em diversos países expressaram preferência pela cirurgia cesariana”, a saber, 15,6%¹⁷⁰.

Os reais fatores a justificarem as altas taxas de cesarianas estão relacionados com elementos “não clínicos”¹⁷¹, sendo que “os médicos exercem importante influência nessa

¹⁶⁷ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 103. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁶⁸ MELLO E SOUZA, Cecília de. *Op. cit.*

¹⁶⁹ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?*. Social Science and Medicine, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁷⁰ MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, N. H.; BONOTTI, A. M.; GIBBONS, L.; SÁNCHEZ, A.J.; BELIZÁN, J.M. *Women’s preferences for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. BJOG *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011, vol. 118, n. 4, p. 391-399.

¹⁷¹ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesáreas no Brasil. *Revista Saúde & Transformação Social*, 2011, vol. 2, n.3. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 15/10/2020.

decisão”¹⁷², pois há uma diferença de poder entre eles e as mulheres. Isto é, os médicos “claramente têm mais ‘poder de decisão’ nos hospitais”¹⁷³, de modo que o seu conhecimento técnico e a sua autoridade são frequentemente utilizados como forma de pressionar a gestante a se submeter a uma cirurgia cesariana¹⁷⁴.

Diversos estudos acerca desse assunto têm revelado que, antes de ser uma decisão autônoma tomada pela gestante, a cirurgia cesariana se trata de uma escolha individual do médico baseada em conveniência ^{175 176 177 178}, pois o agendamento desse procedimento possibilita a ele maior controle sobre os seus próprios compromissos, considerando que o parto normal “pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo”¹⁷⁹.

Além disso, a cesariana toma menos tempo (de 45 minutos a 1 hora) do que um parto normal, cuja duração leva cerca de 12 a 24 horas, sendo este um dos fatores que levam os médicos a insistirem na realização de cesáreas, ainda que este não seja o desejo das parturientes¹⁸⁰.

Com efeito, durante o atendimento a uma parturiente que tenha optado pela via vaginal, “o médico terá de abandonar todas as outras atividades durante seis, doze ou mais horas seguidas”¹⁸¹. Nas palavras de Faúndes e Cecatti, “talvez uma vez por semana, durante certo tempo, ele tenha disposição de fazê-lo, mas quando isso começa a atrapalhar a sua vida, a tentação de encurtar o processo com uma cesárea é grande demais” ¹⁸², sobretudo quando

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?*. Social Science and Medicine, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas de Ação. Cadernos de Saúde Pública, 1991, vol. 7, n. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁷⁶ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesáreas no Brasil. Revista Saúde & Transformação Social, 2011, vol. 2, n.3. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁷⁷ HOPKINS, Kristine. *Op. cit.*

¹⁷⁸ GOMES, Uilho A.; SILVA, Antônio A. M.; BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco A. *Risk Factors for the Increasing Caesarean Section Rate in Southeast Brazil: A Comparison of Two Births Cohorts, 1778-1979 and 1994*. *International Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 28, n. 4, Aug., p. 687-694.

¹⁷⁹ FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. *Op. cit.*

¹⁸⁰ HOPKINS, Kristine. *Op. cit.*

¹⁸¹ FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas de Ação. Cadernos de Saúde Pública, 1991, vol. 7, n. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁸² *Ibidem*.

considerada a sobrecarga na jornada de trabalho de alguns obstetras, “que inclui atividades em consultório particular, plantão em hospitais públicos, atendimento ao parto em hospitais privados e, às vezes, atividades de ensino e pesquisa,”¹⁸³. Importante trazer à colação, para demonstrar que essa situação de fato ocorre, o seguinte relato:

“Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era ‘muito arriscado’ esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: ‘Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea.’. Meu marido virou pra ele e falou: ‘Poderia ser na sexta-feira, assim no final de semana eu poderia ficar com ela direto?’. Ele respondeu: **‘E eu vou perder o meu final de semana???’**”

Ingrid Lotfi, atendida através de plano de saúde Unimed no Rio de Janeiro-RJ. Depois de nascer, seu bebê passou 14 horas na UTIn por desconforto respiratório¹⁸⁴

Essa conveniência também pode ser evidenciada (segundo pesquisa realizada no município de Tubarão, Santa Catarina) pelo fato de que a taxa de cesáreas em mulheres que tiveram, no momento do parto, o mesmo médico que realizou o pré-natal é mais alta (92,3%) do que a taxa de cesarianas em mulheres que não tiveram o mesmo médico na ocasião do parto e do pré-natal¹⁸⁵, embora os autores tenham chegado à conclusão de que isso se deveria à preferência das próprias gestantes pela cesárea.

Kristine Hopkins, outrossim, revela em seu estudo que alguns médicos, indispostos a aguardarem as horas necessárias à realização do parto normal, persuadem as pacientes a se submeterem à cirurgia cesariana sob o argumento de que não haveria necessidade “de sofrer por tantas horas”¹⁸⁶, ocultando, dessa forma a real motivação para a realização do procedimento, que, consoante já enfatizado, somente deve ser empreendido “quando houver uma indicação médica formal, um risco de morte ou de sérios danos para a saúde da mãe, da criança ou de ambos”¹⁸⁷. A pesquisadora conclui o seu trabalho, assim, afirmando que os médicos “são

¹⁸³ PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de Assistência ao Parto e Taxa de Cesárea em Diferentes Países. Revista Saúde Pública, São Paulo, 2011, vol. 45, n. 1, Feb. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100021&script=sci_arttext. Acesso em: 17/10/2020.

¹⁸⁴ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, p. 116. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 17/10/2020.

¹⁸⁵ FREITAS, Paulo Fontoura; MOREIRA, Bianca Carvalho; MANOEL, André Luciano; BOTURA, Ana Clara de Albuquerque. O Parecer do Conselho Federal de Medicina, o Incentivo à Remuneração ao Parto e as Taxas de Cesariana no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2015, vol. 31, n. 9, Set.

¹⁸⁶ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?*. Social Science and Medicine, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁸⁷ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesárias no Brasil. Revista Saúde & Transformação Social, 2011, vol. 2, n.3. Disponível

participantes bastante ativos na construção de uma ‘cultura da cesariana’”¹⁸⁸.

Segundo o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio, esta seria a “cesariana por dissuasão da mulher”, caracterizada pela utilização, por parte do médico, de argumentos escusos para convencê-la a realizar a cesariana (ocultando o fato de que o real motivo é a sua própria conveniência), tais como: “[a cesariana] é um procedimento seguro, o bebê já está maduro, não tem com o que se preocupar, é muito mais cômodo pra família, mais fácil, melhor para aproveitar a licença-paternidade, você não vai sentir dor e ainda vai continuar apertadinha para seu marido”¹⁸⁹.

De fato, a celeridade característica da cesárea proporciona aos médicos também vantagens econômicas^{190 191 192}, pois será possível realizar um maior número de cirurgias em uma determinada quantidade de tempo do que o seria caso o parto fosse vaginal, sendo possível ao médico, ainda, agendar outros procedimentos ou consultas para a mesma data.

Ainda com relação à conveniência, cesarianas também são frequentemente praticadas em razão da “necessidade” de alguns médicos de “limparem a área”^{193 194}, isto é, promoverem a aceleração dos partos (seja pela realização da cirurgia cesárea, seja por outras formas de aceleração do parto, mencionadas no tópico 3.1.1.), a fim de “não sobrecarregar o próximo médico que irá assumir o plantão, pois esse possivelmente estará chegando de outro plantão e estará cansado”¹⁹⁵.

Nessas hipóteses, em que a cesariana é realizada por conveniência e, portanto, sem que

em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 15/10/2020.

¹⁸⁸ HOPKINS, Kristine. *Op. cit.*

¹⁸⁹ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 118. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 17/10/2020.

¹⁹⁰ TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os Médicos e o Excesso de Cesárias no Brasil. *Revista Saúde & Transformação Social*, 2011, vol. 2, n.3. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1088/1255>. Acesso em: 16/10/2020.

¹⁹¹ HOPKINS, Kristine. *Op. cit.*

¹⁹² MELLO E SOUZA, Cecilia de. *C-Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patient's Rights in Brazil*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1994, vol. 3, n. 3, p. 358-366.

¹⁹³ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, *op. cit.*, p. 114.

¹⁹⁴ DE AGUIAR, Janáina Marques. *Violência Institucional em Maternidades Públicas: Hostilidade ao Invés de Acolhimento como uma Questão de Gênero*, p. 157. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf>. Acesso em: 17/10/2020.

¹⁹⁵ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 114. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 17/10/2020

haja qualquer indicação clínica, não é fornecida à gestante qualquer explicação ou informação quanto ao motivo pelo qual o procedimento será empreendido^{196 197} ou, nos poucos casos em que a parturiente ouve alguma justificativa, esta é elaborada de forma a mascarar a real motivação, conforme demonstrado por Kristine Hopkins¹⁹⁸ (confira-se página anterior).

A total ausência de informações quanto aos procedimentos a serem realizados no corpo da paciente, além de violar flagrantemente o direito à autonomia e desrespeitar uma das exigências do consentimento informado, pode resultar em confusões na percepção da parturiente acerca da situação. Confira-se, por exemplo, os seguintes relatos:

“O médico entrou aqui no pré-parto às dez da noite e falou: "Bom pessoal, vamos fazer uma limpeza aqui" (acelerar o parto ou a cesárea das pacientes), e aí a mulher achou que ela tinha a área suja, a área genital dela era suja e, por isso, precisou ser cesárea. Então isso é uma violência' (O2)

Ressaltamos no relato de O2, dois exemplos de violência: o erro técnico que é adotar condutas e procedimentos sem indicação clínica, apenas para não deixar trabalho para a madrugada, e a ruptura da comunicação com a paciente que não foi informada sobre as razões para os procedimentos que seriam realizados com ela, o que a conduziu a um entendimento errado da situação e a um possível sentimento de menos valia por ‘ter sua área suja’.¹⁹⁹

“Maria Luíza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

- Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.
- Como assim, sujeira na área?
- Sei lá... Só me lembro que o médico falou pro outro: vamos logo fazer a cesárea para limpar a área.
- Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram uma coisa assim? O que falaram pra senhora?
- Ah, ele disse assim, “Vamos lá?”. Aí eu fui.
- E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?
- Eu ia falar o quê? Ele mandou eu ir eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia

¹⁹⁶ *Ibidem*.

¹⁹⁷ DE AGUIAR, Janaína Marques, 2010, *op. cit.*, p 157.

¹⁹⁸ HOPKINS, Kristine. *Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?. Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

¹⁹⁹ DE AGUIAR, Janaína Marques. *Op. cit.* Acesso em: 17/10/2020.

fazer o quê? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo.”²⁰⁰

Cumpra mencionar, por fim, relevante registro de violação à autonomia das gestantes extraído do Dossiê Sobre Violência Obstétrica elaborado pela Rede Parto do Princípio: a cesariana por coação, que ocorre quando os médicos, depois de terem sugerido a cirurgia cesariana e não terem logrado êxito em obter o consentimento da mulher em relação a esse procedimento, recusam-se a prestar assistência ao parto normal, proferindo frases como: “Se você não quiser, você pode ir lá ter seu filho no plantão do SUS pra você ver o que é bom.”²⁰¹.

²⁰⁰ DINIZ, Carmen Simone G. Cartilha “O Que Nós Como Profissionais de Saúde Podemos Fazer Para Promover os Direitos Humanos das Mulheres na Gravidez e no Parto”. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. Disponível em: https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_86973a0a71804919829a30a5648d4579.pdf. Acesso em: 17/10/2020.

²⁰¹ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 122. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento>. Acesso em: 20/10/2020.

4. O TRATAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA JURISPRUDÊNCIA

Ao estudar a jurisprudência existente acerca do tema, observa-se que a violência obstétrica tem sido examinada pelos tribunais de justiça pátrios a partir de uma perspectiva civilista que condiciona o seu “reconhecimento” à comprovação da ocorrência de um dano material, moral ou estético, sendo necessário, ainda, em alguns casos, a demonstração de que a conduta do profissional se caracterizaria como um “erro médico”²⁰².

Isto é, a mulher vítima de violência obstétrica somente obterá alguma tutela jurisdicional por parte do Estado caso consiga demonstrar a existência de um dano concreto à sua integridade física, psicológica ou à do conceito resultante de conduta ou erro médico imputável aos profissionais de saúde. Não há, portanto, qualquer resposta significativa por parte do Poder Judiciário quanto à violação do direito à autonomia da paciente nos momentos do “pré-parto, parto e pós-parto”²⁰³.

Com efeito, constatou-se que, apenas na região sudeste, dentre o total de apelações cuja temática dizia respeito à violência obstétrica, 88,5% eram de natureza cível, e apenas 3,4% eram de natureza criminal²⁰⁴.

Por esse motivo, pesquisa realizada acerca do tema na base de jurisprudência de todos os Tribunais de Justiça do país no mês de fevereiro de 2015 não encontrou nenhum resultado que correspondesse à busca pelo termo “violência obstétrica”²⁰⁵. Outro estudo empreendido com o mesmo objetivo constatou que, tendo em vista que “as ações judiciais no Brasil se centram no pedido de reparação compensatória”²⁰⁶, com fundamento na responsabilidade civil ou no Código de Defesa do Consumidor, “não há casos em que o paciente se mostra insatisfeito

²⁰² NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. O Tratamento Jurisprudencial da Violência Obstétrica nos Tribunais de Justiça da Região Sudeste. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis. Anais Eletrônicos. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499812197_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz_SEVERI,Fabiana.OtratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricanosTribunaisdeJusticadaregiaoSudeste.pdf>. Acesso em: 22/10/2020.

²⁰³ *Ibidem*.

²⁰⁴ NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. Violência Obstétrica: Análise das Decisões Proferidas pelos Tribunais de Justiça na Região Sudeste, 2015, 86 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

²⁰⁵ *Ibidem*.

²⁰⁶ ALBUQUERQUE, Aline; OLIVEIRA, Ana Luísa; LIMA, Andreia Katiane; GUIMARÃES, Carolina; MAIA, Carolina; KARAJA, Diana; BORBA, Gabriel Vieira; SOUSA, Rachel. Violação aos Direitos dos Pacientes: Análise da Jurisprudência no Brasil. Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, 2019, vol. 3, n.1. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/553#:~:text=Trata%2Dse%20de%20uma%20pesquisa,Direitos%20dos%20Pacientes%2C%20lan%C3%A7ado%20em.> Acesso em: 02/11/2020.

quanto ao tratamento recebido, ou seja, se é levado a sério, tratado com respeito ou adequadamente ouvido. No mesmo sentido, não se encontra relatos nas decisões de situações de humilhação ou de discriminação do paciente”²⁰⁷.

O mesmo se verificou em acórdãos julgados pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, consoante pesquisa realizada no sítio eletrônico da Corte durante os dias 03/11/2020 a 24/11/2020.

Foram utilizadas, na plataforma de busca, as palavras-chave “violência obstétrica”, que registrou 6 resultados; “parto” e “erro médico”, que registrou 177 resultados; “episiotomia” ou “*kristeller*” ou “fórceps”, que registrou 11 resultados; e “parto” e “consent\$²⁰⁸”, que registrou 9 resultados. Dentre estes, a maioria era de natureza cível, sendo que apenas 9 (nove) diziam respeito a ações penais.

Todos estes resultados encontrados foram devidamente analisados, constatando-se que as questões neles discutidas diziam respeito precipuamente à ocorrência de algum evento danoso de especial gravidade e irreversibilidade (tais como morbidades permanentes causadas ao feto, como paralisia de membros decorrente de lesões de plexo braquial e paralisia cerebral ou óbito fetal), em razão do qual se pleiteava compensação financeira.

Em pouquíssimos do total de 203 acórdãos examinados foi possível observar alguma discussão acerca da autonomia da paciente ou do colhimento do consentimento informado (cujos requisitos convém rememorar: revelação de informações, compreensão, voluntariedade, competência e consentimento). Alguns dos julgados em que foi possível identificar essa questão, inclusive, justificaram o desrespeito à vontade da gestante quanto à realização de algum procedimento com fundamento na necessidade da realização da intervenção como forma de salvaguardar a vida da gestante e/ou do feto, ainda que aquela fosse sabidamente proscriita, como é o caso da Manobra de *Kristeller*.

Na Ação Cível de n. 0721754-55.2018.8.07.0001, por exemplo, o julgador aduziu que a “alegação de que o parto não ocorrera da foram pretendida pela mãe não é razão suficiente para configurar violência obstétrica”, tendo em vista que “a saúde tanto do feto quanto da mãe foram preservados”²⁰⁹.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ O símbolo “\$” permite ao mecanismo de busca do Tribunal encontrar resultados que contenham todos os derivados da palavra consentimento, como “consentir”, “consentiu”, “consentida” etc.

²⁰⁹ Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Apelação Cível n. 0721754-55.2018.8.07.0001. Desembargador Relator: Rômulo de Araújo Mendes. Julgado em: 02/09/2020.

Entendimento semelhante foi esboçado na Ação Cível de n. 00371226520168070018.

Confira-se:

“Diante disso, não é possível antever o alegado dano estético em razão da utilização da episiotomia, sobretudo diante das particularidades do caso concreto, em que existiu incontroversa dificuldade no desprendimento dos ombros da infante durante o parto.

Ademais, essa mesma conclusão deve ser aplicada em relação ao uso da ocitocina, medicação reconhecidamente utilizada no caso dos autos com o intuito de estimular a contração uterina e propiciar a dilatação necessária do canal vaginal para a passagem do feto.”²¹⁰

Chegou-se a afirmar, inclusive, na Apelação Cível de n. 0038430-39.2016.8.07.0018, no que pertine à manobra de *Kristeller*, que esta era perfeitamente autorizada na época do parto, que ocorreu no ano de 2015, conquanto haja cartilha do Ministério da Saúde caracterizando-a como prática prejudicial, ineficaz e que deve ser eliminada datada do ano de 2001. Confira-se:

“Demais, deve-se destacar que os fatos dos autos remontam ao ano de 2015, período no qual a questão da violência obstétrica e a aceitação para realização de procedimentos médicos é regulamentada de forma diversa da atual.

[...]

A alteração no curso normal do trabalho de parto, demonstrada pelo prontuário da autora e pelo depoimento do médico que a assistiu, está apta a justificar a existência de intervenções médicas, as quais ocorreram a fim de acelerar o nascimento e minimizar, em consequência, o sofrimento do bebê e da mãe.”²¹¹

Igualmente surpreendente foi a afirmação proferida por ocasião do julgamento da Apelação Cível n. 0006763-11.2011.8.07.0018, razão pela qual convém mencioná-la:

“A manobra de *Kristeller* passou a ser “não recomendada” pela Organização Mundial da Saúde (Recomendação 40, de fevereiro de 2018) e pelo Ministério da Saúde (Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2017).

Essas censuras são posteriores ao fato. Antes, aplicada por profissional treinado, bem indicada e bem executada, ela integrava as lições de um dos manuais de obstetrícia mais prestigiados do Brasil (Jorge Rezende, *Obstetrícia*, 9ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 340).

[...]

A proscrição é recente, a manobra não é erro médico e a paralisia do plexo braquial não é consequência dela, nem decorreu de hipóxia fetal, mas de uma distocia de ombro que “é uma intercorrência imprevisível e independe da vontade do médico”²¹² (grifo

²¹⁰ Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Apelação Cível n. 00371226520168070018. Desembargador Relator: Esdras Neves. Julgado em: 10/07/2019.

²¹¹ Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível 0038430-39.2016.8.07.0018. Desembargador Relator: Eustáquio de Castro. Julgado em: 11 de novembro de 2020.

²¹² Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível 0006763-11.2011.8.07.0018. Desembargador Relator: Diaulas Costa Ribeiro. Julgado em: 08 de outubro de 2020.

meu)

Outros julgados, por outro lado, reconheceram a impropriedade da manobra, associando-a a erro médico em razão de imprudência (vide tópico 4.1.), como é o caso da Apelações Cíveis n. 0701237-12.2017.8.07.0018; 0032905-16.2005.8.07.0001; 0161511-23.2009.8.07.0001; 0000821-02.2009.8.07.0007; 0007879-45.2007.8.07.0001; 0003792-46.2007.8.07.00 e 20100110464434. Confira-se trecho de uma das apelações:

“A segunda falha foi o emprego da manobra de *Kristeller*, reconhecida pela literatura especializada como método claramente prejudicial, comumente apontada como causa traumatismos obstétricos.

[...]

As alegações do réu, no sentido de que a manobra de *Kristeller* era de uso comum na data dos fatos, não merece procedência. O parto ocorreu em 2004, enquanto a referência bibliográfica utilizada pelo perito para servir de fundamento à sua conclusão é de 2001, tendo ela sido editada pelo Ministério da Saúde. Portanto, os riscos inerentes a tal procedimento já eram de conhecimento dos profissionais de saúde na data dos fatos, não havendo razões que justificassem seu emprego.

[...]

Como apontado nos laudos periciais constantes dos autos, a realização do parto pós-termo (após 41 semanas) e o emprego da manobra de *Kristeller* são fatores apontados pela doutrina como causas de fraturas obstétricas, sendo fato incontroverso que ambos ocorreram na presente hipótese.”²¹³ (grifo meu)

Apesar da importância dos registros ora realizados, cumpre ressaltar que fogem ao escopo do presente estudo investigações e ilações acerca da adequação ou correção das intervenções não consentidas mas que se destinam à preservação da vida da mãe e do feto, buscando-se evidenciar, antes, o desacerto do desrespeito à autonomia da paciente nas hipóteses em que não há risco de vida e em que os procedimentos médicos não se baseiam em evidências científicas atuais e, ainda, violam o direito à autonomia da gestante.

Prosseguindo-se nas análises dos julgados, constatou-se que eventual debate judicial acerca da prática de violência obstétrica contra a mulher (esta entendida, para os fins deste trabalho, a partir do prisma da autonomia e do consentimento informado), isto é, acerca da realização de procedimentos não consentidos e acerca dos quais a parturiente não foi

²¹³ Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível n. 0032905-16.2005.8.07.0001. Desembargador Relator: Sérgio Rocha. Julgado em: 21 de novembro de 2018.

devidamente informada, sempre vem acompanhado da demonstração de que o feto ou a gestante, em razão da atuação da equipe médica, sofreu alguma morbidade (geralmente de natureza grave) ou veio a óbito.

A fim de demonstrar esta questão, foi elaborada uma tabela com todos os casos, dentre os 203 acórdãos analisados, nos quais se abordou de alguma forma temáticas comumente relacionadas à violência obstétrica (tais como a realização de episiotomias, uso de fórceps, emprego de manobra de *Kristeller* e aceleração não consentida ou não justificada do parto), registrando-se, na primeira coluna da tabela, o número do processo, a morbidade ou mortalidade em razão da qual se pleiteava reparação econômica, na segunda coluna, e a intervenção realizada na parturiente, na terceira coluna.

Apelação Cível 0022907-21.2015.8.07.0018	Feto que necessitou de manobras de ressuscitação e gestante que sofreu “aderências intra-abdominais”	Episiotomia
Apelação Cível 0721754-55.2018.8.07.0001	Sufrimento fetal	Alegada violência obstétrica pela mulher em razão da realização de manobras não especificadas na ementa (processo em segredo de justiça)
Apelação Cível 0030544-40.2016.8.07.0001	Gestante alega que sofreu danos físicos e psicológicos que resultaram em depressão e dificuldade de amamentação	Alegada violência obstétrica em razão de utilização de técnicas invasivas (inúmeros toques vaginais); “doses cavalares” de ocitocina; e abandono médico durante o pós-parto.
Apelação Cível 0700307-14.2018.8.07.0000	Feto que sofreu anóxia intrauterina e veio a óbito	Episiotomia “sem consentimento” e manobra de <i>Kristeller</i>
Recurso Inominado 0710991-81.2017.8.07.0016	Sufrimento psicológico causado à gestante	Alegada prática de manobras invasivas (não determinadas no acórdão) considerados pela gestante como violência obstétrica
Apelação Cível 00371226520168070018	Lesão de plexo braquial no conceito e dano estético em razão da episiotomia	Episiotomia, manobra de <i>Kristeller</i> e alegado uso de fórceps
Apelação Cível 0038430-39.2016.8.07.0018	Fratura da clavícula do conceito	“aplicação de medicamentos com o objetivo de acelerar o parto (ocitocina sintética), sem a devida indicação e sem o prévio consentimento da gestante, além da utilização da técnica da episiotomia também sem precisa indicação, em violação aos protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal” e realização de Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0006763-11.2011.8.07.0018	Lesão de plexo braquial	Manobra de <i>Kristeller</i>

Apelação Cível 0700256-30.2019.8.07.0012	Fratura de clavícula no conceito	
Apelação Cível 0704815-46.2018.8.07.0018	Paralisia braquial obstétrica (lesão de plexo braquial) no conceito	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0007866-31.2016.8.07.0001	Lesão de plexo braquial no conceito	Uso de fórceps
Apelação Cível 0034208-62.2015.8.07.0018	Sufrimento fetal que culminou na sua morte	Episiotomia e uso de fórceps
Apelação Cível 0016921-86.2015.8.07.0018	Grave laceração perineal, com incontinência urinária, fecal e de flatos	“Manobras contundentes expulsivas”
Apelação Cível 0701174-16.2019.8.07.0018	Óbito fetal	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0701237-12.2017.8.07.0018	Fratura do úmero do feto	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0032905-16.2005.8.07.0001	Lesão do plexo braquial no conceito	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0161511-23.2009.8.07.0001	Lesão do plexo braquial e lesão medular, resultando em tetraparesia espástica	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0700307-14.2018.8.07.0000	Óbito fetal por anóxia intra-uterina	Episiotomia “sem consentimento” e manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0030393-21.2009.8.07.0001	Perfuração da nuca do conceito, que nasceu em morte aparente e com síndrome hipóxico-isquêmica grave Óbito da criança aos 6 anos de idade, no curso da lide	Uso de fórceps e manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0030161-48.2005.8.07.0001	Paralisia cerebral tipo tetraplegia mista, síndrome epilética, refluxo gastro esofágico	Uso de fórceps
Apelação Cível 0001960-82.2011.8.07.0018	Morte do nascituro por anóxia perinatal (falta de oxigenação)	Manobra de <i>Kristeller</i> e episiotomia
Apelação Cível 0002620-08.2013.8.07.0018	Síndrome hipóxico-isquêmica grave. Feto com sequelas motoras e neurológicas	Manobra de <i>Kristeller</i> e episiotomia
Apelação Cível 0004184-89.2012.8.07.0007	disjunção da sínfise púbica na mulher após o parto	Violência obstétrica não especificada e administração de medicamento de aceleração do parto sem autorização da paciente

Apelação Cível 0000821-02.2009.8.07.0007	Hipoxia do feto que causou sequelas neurológicas graves (paralisia cerebral)	Manobra de <i>Kristeller</i> (que agrava o sofrimento fetal, segundo o perito)
Apelação Cível 0002933-66.2013.8.07.0018	Lesão de plexo braquial e fratura de clavícula no neonato	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0040763-20.2013.8.07.0001	Fratura da clavícula e a paralisia alta do plexo braquial	Uso de fórceps
Apelação Cível 0007879-45.2007.8.07.0001	Óbito da criança após um mês de vida, por insuficiência renal aguda, sépsis, hipernotremia, asfixia perinatal grave, convulsão, insuficiência respiratória grave	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 0009880-73.2012.8.07.0018	Óbito fetal	“diversos procedimentos para a realização de ‘parto normal’” aliados a insultos e destrato moral
Apelação Cível 20110111259243	Lesão de plexo braquial (tocotraumatismo) e paralisia de Duchenne-ERB	Episiotomia e Manobra de Rubin Mazzanti
Apelação Cível 20080111700459	Concepto nasceu com hematomas e equimoses pelo corpo e com aparência arroxeadada. Teve asfixia neonatal e crise convulsiva. Hoje, aos sete anos, é portador de sequelas na parte motora e mental, não fala, não anda e precisa de cuidados específicos e acompanhamento médico.	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 20050111331369	Fístula reto-vaginal na mulher	Episiotomia
Apelação Cível 0003792-46.2007.8.07.0001	Asfixia perinatal como causa de paralisia cerebral e retardo mental e lesão de plexo braquial	Uso de fórceps e “várias manobras de <i>Kristeller</i> ”

Apelação Cível 20070111136983	Asfixia perinatal grave. Crise convulsiva de difícil controle. Distúrbio hidroeletrólítico. Insuficiência respiratória. Insuficiência renal aguda grave. Paralisia cerebral – tetraplegia espástica grave	Uso de fórceps, episiotomia e manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 20100110464434	Fístula reto-vaginal na mulher	Uso de fórceps
Apelação Cível 20070111089378	Óbito fetal	Manobra de <i>Kristeller</i> e episiotomia
Apelação Cível 20060110592376	Concepto nasceu com asfixia grave, o que lhe causou "sequela neurológica (tetraplegia espástica - CID G82.4 e paralisia cerebral - CID G80.9), pós encefalopatia hipóxico-isquêmica (CID P21.9), pneumopatia crônica e gastrostomizada (CID Z93.1).	Manobra de <i>Kristeller</i>
Apelação Cível 20030111112832	Paralisia braquial, tacotraumatismo, abscesso face, fratura parietal e cefalotremctonia no recém-nascido	Uso de fórceps
Apelação Cível 20000110372836	Paralisia cerebral	Uso de fórceps
Apelação Cível 00371226520168070018	Lesão de plexo braquial	Manobra de <i>Kristeller</i> , uso de fórceps e episiotomia
Apelação Cível 20040111065442	Lesão de plexo braquial	Manobra de <i>Kristeller</i> e uso de fórceps
Apelação Cível 20060110350070	Lesão de plexo braquial	Uso de fórceps
Apelação Cível 1999011037086	Óbito do recém-nascido logo após o parto	Uso de fórceps

Cumprе esclarecer que a razão pela qual a segunda coluna da tabela não apresenta nenhum campo em branco (em nenhuma das ações examinadas) é precisamente porque não foi possível identificar nenhum feito em que se discutia exclusivamente a prática de intervenção não consentida como causa suficientemente apta a tornar ilegítima a conduta do médico, ainda que a gestante ou o feto não sofressem qualquer morbidade ou falecessem em decorrência dela.

Importante pontuar, ademais, que o baixo número de processos registrados na tabela se deve ao fato de que, do total de processos encontrados na plataforma de busca do sítio eletrônico

do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, a maioria deles (inclusive todos os acórdãos relacionados ao direito penal) dizia respeito apenas à apuração da alegada prática de erro médico (como esquecimento de objetos no ventre da mulher, demora no atendimento médico que culminou em sofrimento fetal etc.), temática esta que não constitui objeto do estudo ora empreendido, selecionando-se apenas aqueles em que foram mencionadas, de alguma forma, intervenções decorrentes de violação à autonomia da gestante e ao consentimento informado (ou possivelmente decorrentes dela).

Observou-se, assim, dentre os acórdãos selecionados e dispostos na tabela acima, que um grande número de casos envolvia discussões acerca de erro médico, sendo que a prática de intervenções possivelmente associadas à violência obstétrica assumiu papel secundário na discussão. Ademais, os debates acerca da legitimidade ou não destas intervenções tiveram como foco os danos à saúde física delas decorrentes, isto é, as morbidades ou a mortalidade do feto ou da gestante, buscando-se investigar se estes resultados decorreriam de imperícia, imprudência ou negligência.

Em verdade, somente não se observaram discussões acerca da ocorrência de erro médico nos casos em que o Distrito Federal ou o hospital particular figuravam como polos passivos das ações judiciais, considerando que a responsabilidade destes pelos danos causados pelos médicos é objetiva, independentemente, portanto, de culpa. Basta, por conseguinte, para a responsabilização civil nestas hipóteses, a existência de uma conduta, de um dano e do nexo de causalidade entre estes.

4.1. A proteção insuficiente da tutela jurisdicional atual

O erro médico se trata de uma conduta praticada pelo médico na qual seja possível verificar imperícia, imprudência ou negligência. A imperícia pode ser definida como a falta de habilidade do profissional para a realização do procedimento, que resulta de “despreparo teórico e/ou prático por insuficiência de conhecimento”²¹⁴. A imprudência se configuraria a partir do

²¹⁴ BITENCOURT, Almir Galvão Vieira Bitencourt; NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; NEVES, Flávia Branco Cerqueira Serra; BRASIL, Israel Soares Pompeu de Souza; DOS SANTOS, Livia Siqueira Costa. Análise do Erro Médico em Processos Ético-Profissionais: Implicações na Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, 2007, vol. 31, n. 3, p. 223-228. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b7c7/996135084211eff5da6864d44626f442eaf5.pdf>. Acesso em: 03/11/2020.

momento em que o médico “age sem a cautela necessária”²¹⁵, como quando é realizado um procedimento que não tem respaldo científico, assumindo-se os riscos da produção de um resultado danoso. A negligência, por fim, caracteriza-se pela “omissão, passividade, inação”²¹⁶ em oferecer os cuidados necessários ao paciente.

Diante disso, percebe-se que o condicionamento do reconhecimento da violência obstétrica à ocorrência de erro médico acaba por limitar a judicialização de casos de violência obstétrica e, portanto, a proteção aos direitos individuais da paciente, pois nem todas as ofensas à autonomia da paciente se enquadram na categoria de erro médico, o qual depende, inclusive, da efetiva ocorrência do dano para que se configure.

Isto quer dizer que, ainda que o médico desrespeite a autonomia da paciente, realizando procedimentos contra a sua vontade ou sem informá-la acerca dos seus riscos, benefícios e alternativas de tratamento (notadamente intervenções proscritas e que não têm comprovação científica quanto aos seus benefícios, como é o caso da manobra de *Kristeller*), somente poderá ela valer-se de mecanismos judiciais de proteção aos bens jurídicos violados, conforme se depreende da análise de jurisprudência empreendida, caso seja possível provar a existência de um dano concreto (entenda-se morbidade relevante) atribuível ao profissional e decorrente de negligência, imprudência ou imperícia.

O mesmo problema acontece no caso da responsabilidade objetiva, em que o polo ativo da ação judicial também terá de demonstrar a existência de lesão grave resultante da conduta médica questionada e violadora da autonomia, bem como o nexo de causalidade entre elas.

Portanto, no caso das cirurgias cesarianas destinadas unicamente a satisfazer a conveniência do médico, realizadas contra a vontade da paciente e sem indicação médica (discutidas no tópico 3.1.4.), por exemplo, somente poderia o autor de uma eventual ação judicial pleitear a responsabilização do profissional pela violação à autonomia da gestante, conforme se extrai dos julgados analisados, caso ocorresse alguma complicação no procedimento que resultasse em morbidade (ou mortalidade) para ela ou para o conceito, ocasião em que se exigiria, ainda, prova de que a sua saúde psíquica teria sido significativamente afetada para o reconhecimento do dano moral.

Esta situação é bastante evidente na já mencionada Ação Cível de n. 0721754-55.2018.8.07.0001, em que o julgador asseverou, ao verificar que a saúde física do feto e da

²¹⁵ *Ibidem.*

²¹⁶ *Ibidem.*

parturiente foram preservadas, que a “alegação de que o parto não ocorrera da foram pretendida pela mãe não é razão suficiente para configurar violência obstétrica”. Em outras palavras, não haveria razão para insurgências contra a violação da autonomia da vontade nas hipóteses de inexistência de morbidade física aparente.

Além disso, a vinculação do reconhecimento da violência obstétrica à ocorrência de morbidade/mortalidade, ignorando-se a suficiência da discussão acerca da autonomia da vontade da gestante, conduz necessariamente ao desfecho de que o corpo do paciente “na verdade não é dele”²¹⁷, pois, a menos que haja algum resultado especialmente trágico (como lesão permanente de membro, paralisia cerebral etc.), estaria o médico autorizado a proceder da maneira que lhe conviesse, ignorando evidências científicas e buscando os seus próprios interesses.

É em decorrência dessa perspectiva, que busca autorizar a instrumentalização do ser humano para fins outros, ao contrário do preconizado pela Filosofia Moral desde o século XVIII, na figura de Immanuel Kant, que são proferidos acórdãos como o encontrado na Apelação Cível 5001945-73.2010.4.04.7101, do Rio Grande do Sul, julgada pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

Nesta ocasião, “uma gestante de alto risco teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário Miguel R. Corrêa Junior porque impediu que estudantes de medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) acompanhassem o exame”²¹⁸.

Conquanto o Ministério Público Federal tenha movido ação civil pública contra esta agressão aos direitos fundamentais à autonomia, à saúde e à intimidade, foi ela julgada improcedente tanto pela Vara Federal de Rio Grande quanto pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), por terem os magistrados entendido que, diante da colisão entre os direitos fundamentais à intimidade da gestante e à saúde coletiva, representado pelo ensino médico de qualidade, caberia a este último “ser privilegiado”. Confira-se a ementa do julgado:

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ATENDIMENTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. DIREITOS FUNDAMENTAIS. INTIMIDADE E ENSINO. CONFLITO DE PRINCÍPIOS. PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO QUE BENEFICIA TODA A COLETIVIDADE.

1. A proteção da intimidade, e conseqüente dignidade humana, é princípio

²¹⁷ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 170.

²¹⁸ Parto do Princípio. Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, 2012, p. 95. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica#:~:text=Em%202012%2C%20a%20Parto%20do,ao%20parto%20e%20ao%20nascimento.>

constitucional que deve ser protegido. No entanto, havendo colisão desse direito individual com o direito coletivo à saúde, representado pelo ensino médico de qualidade, cabe ser o último privilegiado.

2. Se o paciente busca atendimento médico em Hospital Universitário não há como impor sua vontade de que não haverá participação de estudantes nos procedimentos.

(TRF-4 - AC: 50019457320104047101 RS 5001945-73.2010.4.04.7101, Relator: MARIA LÚCIA LUZ LEIRIA, Data de Julgamento: 06/07/2011, TERCEIRA TURMA)

Conclui-se, assim, que, atualmente, a autonomia e a própria integridade física e psíquica das pacientes obstétricas não têm sido devidamente tuteladas, malferindo-se, ainda, o princípio constitucional do acesso à justiça, insculpido no artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal²¹⁹, resultando em proteção insuficiente da liberdade individual e da integridade física da gestante por parte do Poder Judiciário.

4.2. Possível resposta ao problema

Como cediço, os direitos fundamentais são imperativos de tutela, sendo precisamente a proteção destes bens jurídicos fundamentais que legitima a atuação do Estado na seara penal²²⁰. Esta tutela, por conseguinte, deve ser suficiente “para assegurar um padrão mínimo (adequado e eficaz) de proteção constitucionalmente exigido”²²¹.

Consoante demonstrado no tópico anterior, todavia, a liberdade e a integridade física e psíquica das pacientes não têm sido devidamente tuteladas pela atuação hodierna do Judiciário, em que prevalecem ações judiciais de natureza cível nas quais somente se responsabiliza os médicos pela violação à autonomia das gestantes quando desta violação resultar morbidade grave para o feto ou para a mulher, sendo necessário demonstrar, ainda, (em muitos casos) a existência de imperícia, imprudência ou negligência.

Foram excluídas da apreciação judicial, destarte, as violações aos direitos fundamentais à dignidade da pessoa humana, à liberdade e à saúde (esta entendida não apenas como a ausência

²¹⁹ Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Artigo 5º, inciso XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”.

²²⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. Constituição, Proporcionalidade e Direitos Fundamentais: O Direito Penal entre Proibição de Excesso e de Insuficiência. Revista Opinião Jurídica, Fortaleza, 2006, vol. 4, n.7, p. 160-209. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/opiniaojuridica/article/view/2134/655>>. Acesso em: 21/11/2020.

²²¹ *Ibidem*.

de doenças, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social, segundo definição da Constituição da Organização Mundial da Saúde²²²) decorrentes de condutas dolosas destinadas a fazer com que a vontade do médico se sobreponha à da gestante (seja em razão de mera conveniência, como já discutido no tópico 3, seja em razão do paternalismo médico, que perpetua assimetrias na relação médico-paciente, colocando aquele em posição de superioridade em razão dos seus conhecimentos técnicos), as quais não se encaixam na categoria de “erro médico”.

Por esse motivo, entende-se que, para que haja um efetivo “paradigma ético-jurídico de tutela da autonomia individual – elemento essencial da dignidade humana (art. 1º, III, CR) e da liberdade (artigo 5º, *caput*, CR)”²²³, o fundamento de legitimidade das intervenções médicas deve ser a vontade do paciente, e não o suposto exercício regular de um direito de curar, como sugerem alguns doutrinadores brasileiros (como Aníbal Bruno, Cesar Roberto Bitencourt e Fernando Capez²²⁴), invocando a excludente de ilicitude prevista no artigo 23, inciso III, do Código Penal²²⁵. “Considerando que a integridade corporal é um bem jurídico individual, a ninguém é dado o poder de intervir no corpo de uma pessoa sem a sua anuência, o que implica que corpo e vontade devem ser analisados, aqui, como um todo harmônico e indissociável”²²⁶.

Dessa forma, a intervenção médica que afeta a integridade corporal da paciente terá o consentimento do titular deste bem jurídico como “causa supralegal de exclusão da antijuridicidade ou da própria tipicidade porque consiste na renúncia à proteção penal de bens jurídicos disponíveis – ou seja, todos os bens jurídicos individuais, inclusive a vida, em determinadas condições”^{227 228}.

No caso de procedimentos médicos, por conseguinte, “o consentimento real do titular de bem jurídico disponível tem eficácia excludente da tipicidade da ação porque o tipo legal protege a vontade do portador do bem jurídico, cuja renúncia representa exercício de liberdade

²²² A Constituição da Organização Mundial da Saúde foi ratificada pelo Brasil a partir do Decreto n. 26.042/1948.

²²³ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 170.

²²⁴ *Ibidem*, p. 132.

²²⁵ Código Penal Brasileiro. Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

²²⁶ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 170

²²⁷ CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito Penal Parte Geral*. Editora: Conceito Editorial 2012, p. 258.

²²⁸ Um exemplo dado pelo autor de que a vida é disponível é a autorização à prática de artes maciais, as quais podem culminar na morte do praticante.

constitucional de ação”²²⁹.

Segundo Juarez Cirino dos Santos²³⁰, o consentimento real do titular do bem jurídico como fundamento excludente da tipicidade foi instituído a partir da proibição legal ao tratamento médico e a intervenções cirúrgicas contrárias à vontade do paciente, mesmo em casos de risco de vida, prevista no artigo 15 do Código Civil²³¹. Nada obstante, convém lembrar que as discussões empreendidas neste trabalho se restringem apenas às hipóteses em que não há risco de vida para a gestante e para o feto, fugindo ao escopo deste estudo perquirir acerca da possibilidade de recusa de tratamento vital, notadamente quando esta recusa afetar também a integridade física do feto.

Depreende-se do quanto exposto que “o médico não possui um direito originário de tratar e, com isso, o exercício regular do direito não tem o condão de justificar a atuação médica”²³². Por conseguinte, ausente o consentimento do paciente, a ação praticada pelo médico será típica, antijurídica e culpável, devendo ele incidir nas penas cominadas aos crimes de lesão corporal (artigo 129 do Código Penal) e/ou constrangimento ilegal (artigo 146 do Código Penal), tendo em vista a inexistência de um tipo penal autônomo referente à violência obstétrica ou às “intervenções médicas arbitrárias”²³³.

Entende-se que esta solução se revela adequada ao enfrentamento do problema ora evidenciado, pois outras soluções menos gravosas têm se mostrado ineficientes. Demonstrou-se, ao longo deste estudo, que, apesar de as discussões acerca da autonomia da vontade do paciente no âmbito da ética médica terem se intensificado após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo em razão dos julgamentos de Nuremberg, havendo estudos sérios acerca do tema desde a década de 1970, as liberdades individuais e a dignidade dos pacientes têm sido diuturnamente desprezadas nas práticas atuais da medicina.

No campo da obstetrícia, esse fato é ainda mais evidente, pois há uma maior compilação e documentação de relatos de violação à autonomia da vontade da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, o que também se deve ao fato de a prática da violência obstétrica envolver, outrossim, questões de gênero, isto é, de desprezo pelo gênero feminino e indignação pelo

²²⁹ *Ibidem*, p. 260.

²³⁰ *Ibidem*, p. 261.

²³¹ Código Civil Brasileiro. Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

²³² SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina*. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 172.

²³³ *Ibidem*, p. 348.

simples fato de as mulheres gestantes exercerem seus direitos sexuais.

Com efeito, embora a violência obstétrica venha sendo denunciada desde a década de 1990, com a elaboração de sucessivas recomendações e cartilhas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, esta prática ainda persiste, sendo chancelada pelo próprio Poder Judiciário, que nega às mulheres vitimadas a punição do agressor e a reparação dos danos sofridos em razão da violação da sua autonomia, a menos que seja comprovada a ocorrência de morbidade grave/mortalidade, seja no feto, seja na gestante.

Tendo os recursos apontados acima fracassado em tutelar bens jurídicos fundamentais e de proteção imperativa (sob pena de se violar o princípio da proporcionalidade sob o prisma da vedação à proteção insuficiente), quais sejam, a dignidade da pessoa humana, a liberdade e a saúde das parturientes, todos eles expressamente constantes da Constituição Federal de 1988 (art. 1º, III; art. 5º, *caput*, e art. 6º), justificada está a incidência do direito penal, em atenção ao princípio da intervenção mínima. A punição da violação à autonomia da vontade por parte dos profissionais da Medicina, portanto, decorre de uma “necessidade político-criminal”²³⁴, tendo em vista as graves ofensas a bens jurídicos fundamentais de proteção imperativa.

²³⁴ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina. Editora: Marcial Pons, 2019, p. 354.

5. CONCLUSÕES

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, a comunidade científica tem manifestado preocupação com o paradigma que vem regendo a ética médica no mundo desde tempos imemoriais. As atrocidades cometidas pelos médicos nazistas nos seus experimentos, nos quais seres humanos desprezados pelo Terceiro Reich eram subjugados e submetidos a pesquisas atrozes em prol de um suposto interesse científico que se sobrepunha à vida destes indivíduos e à sua autonomia, chamaram a atenção da população mundial para uma discussão séria acerca da relevância do consentimento do paciente na Medicina.

Percebeu-se, a partir dos julgamentos de Nuremberg, que a ética hipocrática, a qual ignora a autonomia do paciente e os seus desejos, viola os direitos mais fundamentais do ser humano, a saber, a dignidade humana, a liberdade e a saúde, pois, segundo esse paradigma, o indivíduo é instrumentalizado como um meio de promoção da saúde coletiva e de preservação de valores considerados caros à sociedade ocidental, notadamente a preservação da vida a qualquer custo.

A instrumentalização do ser humano é inadmissível no Estado Democrático de Direito, caracterizado pela pluralidade e pelo respeito às diferenças de valores e crenças, no qual se prestigia o direito à autodeterminação. Assim, para que o indivíduo seja tratado, de fato, como um fim em si mesmo, constatou-se que deveria ser-lhe conferido o direito à autonomia também no que pertine à terapêutica medicinal, sugerindo-se a construção de um novo paradigma que orientasse a ética médica.

Essa nova orientação seria caracterizada, idealmente, pela redução de assimetrias na relação-médico paciente, conferindo-se a este o direito de ser informado acerca da natureza, dos benefícios e dos riscos do tratamento sugerido pelo profissional e de tratamentos alternativos, bem com o direito de consentir ou não com a intervenção médica, de acordo com os seus próprios valores pessoais.

Dessa forma, o profissional não mais seria considerado como um ser superior detentor de conhecimentos técnicos salvíficos e inacessíveis, mas como um cooperador, a quem incumbe dialogar com o paciente, que não mais é um mero objeto da intervenção médica.

Inobstante essas novas “normas” de bioética médica venham sendo desenvolvidas desde a segunda metade do século XX, tendo se proliferado principalmente na década de 1970 e tendo

vido, inclusive, incorporadas ao Código de Ética Médica e ao Código Civil Brasileiro (artigo 15), verificou-se que, na prática médica, o paradigma da beneficência ainda não foi superado.

Antes, o paciente ainda é visto como um ser inferior, vulnerável, leigo e incapaz de decidir acerca do tratamento mais adequado, uma vez que apenas os médicos deteriam conhecimentos técnicos acerca das mais variadas doenças e das mais eficazes intervenções curativas.

É nesse contexto de desprezo sistemático pela vontade do paciente, derivado da premissa de que este seria um indivíduo vulnerável e cuja capacidade decisória estaria comprometida, que surge a violência obstétrica, da qual é vítima uma em cada quatro mulheres no Brasil, segundo pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC²³⁵.

A partir do estudo de relatos e artigos científicos acerca do tema, observou-se que as mulheres gestantes são diuturnamente submetidas a intervenções não consentidas, não havendo qualquer preocupação por parte dos médicos em obter o seu consentimento ou informá-las acerca da necessidade dos procedimentos que serão realizados nos seus corpos, bem como das alternativas de tratamentos existentes.

Constatou-se que muitos dos procedimentos aos quais são elas submetidas são desnecessários do ponto de vista científico, pois, em grande parcela dos casos, não há qualquer complicação que os justifique (como é o caso das cesarianas e episiotomias indiscriminadas e da manobra de “Kristeller”, este último inadmissível em qualquer situação, tendo em vista os seus riscos e a inexistência de evidências científicas quanto aos seus benefícios).

Em verdade, uma das justificativas para os números impressionantes de intervenções não consentidas e desnecessárias é a própria conveniência dos médicos, os quais não dispõem de tempo suficiente (e nem de vontade) para assistir a realização de um parto normal, cuja duração é em média de 12 a 24 horas (principalmente se a parturiente for primigesta). Destarte, quando não são agendadas cesarianas eletivas (isto é, aquelas não motivadas em urgência, mas em opção), utilizam-se aceleradores do parto artificiais (como a ocitocina), que, além de incrementarem sobremaneira as dores da gestante, fazem surgir a necessidade da administração de mais outros medicamentos, a fim de provocarem o rompimento antinatural de membranas.

Outro fator apontado na literatura foi a excessiva patologização do parto natural e a

²³⁵ Fundação Perseu Abramo/SESC. Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. São Paulo, 2010.

superestimação dos seus riscos, a qual tem gerado nos médicos a crença de que a via vaginal é sempre problemática, sendo responsável por lacerações do períneo da parturiente, dificuldades na expulsão do feto etc.

É em razão dessa crença, a qual vem sendo transmitida às novas gerações de médicos nas faculdades de Medicina, que são realizadas, por exemplo, episiotomias indevidas e desnecessárias, apesar de cientistas terem constatado que a laceração do períneo não ocorrerá (na maioria dos casos) caso seja respeitado o tempo de parto de cada mulher (sem a administração de aceleradores artificiais, portanto).

Tendo em vista que as violações à autonomia da vontade afetam bens jurídicos fundamentais de proteção imperativa, isto é, cuja tutela o Estado está obrigado a garantir, efetuou-se uma análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, a fim de compreender como a questão tem sido enfrentada pelo Poder Judiciário.

Concluiu-se que não é conferida à temática a devida importância, pois não foi possível encontrar nenhuma ação judicial que abordasse exclusivamente a ilegalidade da violência obstétrica ou de intervenções não consentidas sob o prisma do consentimento informado. Antes, encontrou-se sobretudo apelações de natureza cível nas quais se pleiteava reparação pecuniária em decorrência de alguma morbidade (na maioria dos casos grave) ou mortalidade causadas à mãe ou ao feto pela equipe médica.

Nos poucos casos em que se mencionou a ocorrência de violência obstétrica ou a violação à autonomia da gestante, esta questão era apenas subsidiária (e, por conseguinte, pouquíssimo explorada) à causa de pedir principal, qual seja, o reconhecimento de que a mortalidade/morbidade do feto ou da gestante tinha como causa a ação dos médicos, a ensejar a responsabilização civil.

Os poucos acórdãos em matéria penal encontrados não foram mencionados ao longo do trabalho, pois não se identificou em nenhum deles qualquer discussão acerca do consentimento da gestante.

Da mesma forma, a existência de orientações emitidas pelo Ministério da Saúde tampouco tem sido suficiente para refrear a prática constante da violência obstétrica.

À vista disso, percebeu-se que a dignidade humana, a liberdade e a saúde das gestantes não têm sido devidamente tuteladas, sendo insuficiente a proteção conferida pelo Poder Judiciário a estes bens jurídicos atualmente. Portanto, tendo as orientações do Ministério da

Saúde e o direito civil falhado em garantir o respeito aos referidos direitos fundamentais e a responsabilização dos seus violadores, concluiu-se estar autorizada a atuação mais gravosa do direito penal, em atenção ao princípio da intervenção mínima.

Sugeriu-se, assim, a superação da doutrina dominante acerca do tema, que enxerga as intervenções médicas sob o prisma da excludente de ilicitude prevista no artigo 23, inciso III, do Código Penal (exercício regular de um direito), em favor de uma nova concepção do consentimento como fundamento legitimador dos procedimentos médicos.

Nesta perspectiva, propõe-se que o consentimento, quando presente, seja considerado como causa excludente de tipicidade da conduta, consoante preconizado por Juarez Cirino dos Santos. Porém, na ausência do consentimento, entende-se que estarão presentes todos os elementos do delito, a saber, tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade.

Os médicos que desrespeitarem o consentimento da paciente, assim, incidirão nas penas cominadas aos tipos penais já existentes destinados à proteção da autonomia da vontade e da saúde dos indivíduos em geral, a saber, o do constrangimento ilegal (artigo 146) e/ou o da lesão corporal (art. 129), conforme cada situação particular, não constituindo a inexistência de tipo penal específico que proíba a violência obstétrica ou a realização de intervenções médicas não consentidas justificativa idônea para a proteção insuficiente que tem sido conferida às vítimas de violência obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Aline; OLIVEIRA, Ana Luísa; LIMA, Andreia Katine; GUIMARÃES, Carolina; MAIA, Carolina; KARAJA, Diana; BORBA, Gabriel Vieira; SOUSA, Rachel. **Violação aos Direitos dos Pacientes: Análise da Jurisprudência no Brasil**. Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, 2019, vol. 3, n.1.

ALTHABE, Fernando; BELIZÁN, José M.; BERGEL, Eduardo. *Episiothomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Base Descriptive Study*. BMJ, vol. 324, abril de 2002, p. 945-946.

BARROSO, Luis Roberto. **Legitimidade da Recusa de Transusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais**. Revista Ciência Jurídica, 2010, vol. 24, n. 153, p. 287-326, maio/jun.

BEAUCHAMP, Tom L. *Informed Consent: Its History, Meaning and Present Challenges*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, volume 20, outubro de 2011, p. 515-523.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Editora: Oxford University Press, 2019, 8ª edição.

BEIER, Mônica; IANOTTI, Giovano de Castro. **O Paternalismo e o Juramento Hipocrático**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, n. 1, dezembro de 2010.

BERG, Jessica W.; APPELBAUM, Paul S.; PARKER, Lisa S.; LIDZ, Charles W. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. Editora: Oxford Press, 2ª edição, 2001.

BIENENBOJM, Gustavo. **Parecer n. 9/2009**. Procuradoria de Serviços Públicos. Rio de Janeiro, 8 de dezembro de 2009.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira Bitencourt; NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; NEVES, Flávia Branco Cerqueira Serra; BRASIL, Israel Soares Pompeu de Souza; DOS SANTOS, Lívia Siqueira Costa. **Análise do Erro Médico em Processos Ético-Profissionais: Implicações na Educação Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2007, vol. 31, n. 3, p. 223-228.

CASTRO, Carolina Fernandes de. QUINTANA, Alberto Manuel. OLESIAK, Luísa da Rosa. MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde**. Revista Bioética, 28ª edição, n.3, 2020, p. 522-530.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. **Direito Penal Parte Geral**. Editora: Conceito Editorial 2012.

CLOTET, Joaquim. **O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade**. Revista Bioética, vol. 3, n.1, 1995.

Código Civil Brasileiro.

Código de Ética Médica: **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília:

Conselho Federal de Medicina, 2019

Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947.

Código Penal Brasileiro, 2020.

Constituição da Organização Mundial da Saúde, ratificada pelo Decreto n. 26.042/1948.

Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.

COSTA, Marta Lima; PINHEIRO, Nathan Miller; SANTOS, Luiz Fernandes Pires; COSTA, Stella Alynny Aquino; FERNANDES, Andressa Mônica Gomes. **Episiotomia no Parto Normal: Incidência e Complicações**. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, vol. 13, n. 1, 2015.

COY, Janet A. *Autonomy-Based Informed Consent: Ethical Implications for Patient Noncompliance*. *Physical Therapy*, 1989, vol. 69, n. 10.

D'ORSI, Eleonora; CHOR, Dóra; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antônia; BARBOSA, Gisele Peixoto; GAMA, Andrea de Souza; REIS, Ana Cristina; HARTZ, Zulmira. **Qualidade da Atenção ao Parto em Maternidades do Rio de Janeiro**. *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, n. 4, 2005.

DE AGUIAR, Janaína Marques. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: Hostilidade ao Invés de Acolhimento como uma Questão de Gêner**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DE MUYLDER, Xavier. *Cesarian Sections in Developing Countries: Some Considerations*. *Health Policy and Planning*, 1993, vol. 8, n. 2, p. 101-112.

Declaration of Helsinki - Ethical Principals for Medical Research Involving Human Subjects. *World Medical Association*.

DINIZ, Carmen Simone G. Cartilha “**O Que Nós Como Profissionais de Saúde Podemos Fazer Para Promover os Direitos Humanos das Mulheres na Gravidez e no Parto**”. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. **O “Corte” por Cima e O “Corte” por Baixo: O Abuso de Cesáreas e Episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Reprodutiva*, vol. 1, n.1, 2006, p. 80-91.

FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. Editora: *Oxford University Press*, 1986.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas de Ação**. *Cadernos de Saúde Pública*, 1991, vol. 7, n. 2.

FEINBERG, Joel. *Harm To Self: The Moral Limits of the Criminal Law*. Editora: *Oxford University Press*, 1986.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. Editora: Forense, 2019.

FREITAS, Paulo Fontoura; MOREIRA, Bianca Carvalho; MANOEL, André Luciano; BOTURA, Ana Clara de Albuquerque. **O Parecer do Conselho Federal de Medicina, o Incentivo à Remuneração ao Parto e as Taxas de Cesariana no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 2015, vol. 31, n. 9.

Fundação Perseu Abramo. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Agosto 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. 25 mar. 2013.

GALLOTTE, Michelle da Silva. **Violência Obstétrica, Normas de Proteção à Parturiente e Eficácia no Direito Brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 1-93.

GOMES, Uilho A.; SILVA, Antônio A. M.; BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco A. **Risk Factors for the Increasing Caesarean Section Rate in Southeast Brazil: A Comparison of Two Births Cohorts, 1778-1979 and 1994**. *International Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 28, n. 4, Aug., p. 687-694.

GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. **Promoção da Saúde ou Respeito à Autonomia? Intervenção Cirúrgica, Exercício de Direito e Consentimento no Direito Penal Médico**. Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Manuel da Costa Andrade. Editora: Instituto Jurídico FDUC, 2017.

GREEN, Douglas. S. T.; MacKenzie, C. Ronald. **Nuances of Informed Consent: The Paradigm of Regional Anesthesia**. *HSS Journal*, vol. 3, fevereiro de 2007, p. 115-118.

HOPKINS, Kristine. **Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Caesarian?**. *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, n. 5, p. 725-740.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A Formação em Obstetrícia: Competência e Cuidado na Atenção ao Parto**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. **O Parto Como Eu Vejo... Ou Como Eu o Desejo? Expectativas de Gestantes, Usuárias do SUS, Acerca do Parto e da Assistência Obstétrica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, vol. 18, n. 5, set-out., p. 1.303-1.311.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Editora: Edições 70, 2007.

KANT, Immanuel. **Groundwork of the Metaphysics of Morals**. Editora: Cambridge University Press, 1998.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira. **Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras**

de Risco Habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 30, n. 1, 2014.

MANSON, Neil C.; O'NEILL, Onora. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Editora: Cambridge University Press, 2007.

MAPPES, Thomas A. DEGRAZIA, David. *Biomedical Ethics*. Editora: McGraw-Hill, 1996, 4ª edição.

MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, N. H.; BONOTTI, A. M.; GIBBONS, L.; SÁNCHEZ, A.J.; BELIZÁN, J.M. *Women's preferences for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011, vol. 118, n. 4, p. 391-399.

MELLO E SOUZA, Cecilia de. *C-Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patient's Rights in Brazil*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1994, vol. 3, n. 3, p. 358-366.

MENEGUIN, Silmara; AYRES, Jairo Aparecido. **Percepção do Termo de Consentimento pelos Participantes de Ensaio Clínico**. *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 32, n.1, janeiro/abril de 2014.

Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher**, 2001.

Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto**, 2002.

Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos**.

MIRANDA, Vanessa da Costa; FÊDEL, Ângelo Bezerra de Souza; LERA, Andréa Thaumaturgo; UEDA, Aline; ANTONANGELO, Daniela Veiga; BRUNETTI, Karina; RIECHELMANN, Rachel; DEL GIGLIO, Auro. **Como Consentir Sem Entender?**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 55, n. 3, 2009, p. 328-334.

MURRAY, Peter M. *The History of Informed Consent*. *The Iowa Orthopaedic Journal*, vol. 10, 1990, p. 104-109.

NEGRI, Stefania; TAUPITZ, Jochen; SALKIC, Amina; ZWICK, Anna. *Advanced Care Decision Making in Germany and Italy: A Comparative, European and International Law Perspective*. Editora: Springer, 2013.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência Obstétrica: Análise das Decisões Proferidas pelos Tribunais de Justiça na Região Sudeste, 2015**, 86 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **O Tratamento Jurisprudencial da Violência Obstétrica nos Tribunais de Justiça da Região Sudeste**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis. Anais Eletrônicos.

Nuremberg Code. **Nuremberg Military Tribunals**, 1947.

OGLOFF, James R. P.; OTTO, Randy K. *Are Research Participants Truly Informed?*

Readability of informed consent forms used in research. Ethics and Behavior, vol. 34, n. 2, 1991.

Parto do Princípio. **Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. 2012.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de Assistência ao Parto e Taxa de Cesárea em Diferentes Países**. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 2011, vol. 45, n. 1, Feb.

PELLEGRINO, Edmund D. *La Relación entre La Autonomía y La Integridad en La Ética Médica*. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP), 1990.

POLLARD, Brian J. *Autonomy and Paternalism in Medicine*. *The Medical Journal of Australia*, vol. 159, 1996.

REZENDE, Joffree Marcondes de. **O Juramento de Hipócrates**. À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina. Editora: Unifesp, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Constituição, Proporcionalidade e Direitos Fundamentais: O Direito Penal entre Proibição de Excesso e de Insuficiência**. *Revista Opinião Jurídica*, Fortaleza, 2006, vol. 4, n.7.

SHOKROLLAHI, Kayvan. *Request for Treatment: The Evolution of Consent*. *Annals of the Royal College of the Surgeons of England*, 2010, vol 92, n. 2, mar., p. 92-100. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025230/#b1>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

SIQUEIRA, Flávia. **Autonomia, Consentimento e Direito Penal da Medicina**. Editora: Marcial Pons, 2019.

TAUPITZ, Jochen; SALKIC, Amina. *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care: Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Editora: Martinus Nijhoff Publishers, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. **Os Médicos e o Excesso de Cesárias no Brasil**. *Revista Saúde & Transformação Social*, 2011, vol. 2, n.3.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível 0038430-39.2016.8.07.0018**. Desembargador Relator: Eustáquio de Castro. Julgado em: 11 de novembro de 2020.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível 0006763-11.2011.8.07.0018**. Desembargador Relator: Diaulas Costa Ribeiro. Julgado em: 08 de outubro de 2020.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível n. 0032905-16.2005.8.07.0001**. Desembargador Relator: Sérgio Rocha. Julgado em: 21 de novembro de 2018.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal. **Apelação Cível n. 00371226520168070018**. Desembargador Relator: Esdras Neves. Julgado em: 10/07/2019.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal. **Apelação Cível n. 0721754-55.2018.8.07.0001.**
Desembargador Relator: Rômulo de Araújo Mendes. Julgado em: 02/09/2020.

UNESCO. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos.** Paris, 2005.

WEAR, Stephen. *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine.* Editora: Springer Netherlands, 1993.

World Health Organization. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.*

ZORZAM, Bianca; SENA, Lígia Moreira; FRANZON, Ana Carolina Arruda; BRUM, Kalu. **Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras.** 2013.